USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

PEPFAR

LEADERSHIP, MANAGEMENT & GOVERNANCE PROJECT
*Inspired Leadership. Sound Management. Transparent Governance.*

# SISTEMAS DE SAÚDE EM ACÇÃO

## UM MANUAL ELECTRÓNICO (eHANDBOOK) PARA OS LÍDERES E GESTORES

## OUTRAS PUBLICAÇÕES DA MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

CORE, A Tool for Cost and Revenue Analysis: User's Guide
*(CORE, Uma ferramenta de análise de custos e receitas: Guião do utente)*

FIMAT—Financial Management Assessment Tool
*(FIMAT—Ferramenta de avaliação da gestão financeira)*

Guide for Training Community Leaders to Improve Leadership and Management Practices
*(Caminhando juntos para crescer juntos: Guião para fortalecer a liderança comunitária ao reforçar valores universais)*

Human Resource Management Rapid Assessment Tool: A Guide for Strengthening HRM Systems *(Ferramenta de avaliação rápida da gestão dos recursos humanos: um guião para o fortalecimento dos sistemas de GRH)*

Managing Drug Supply: The Selection, Procurement, Distribution, and Use of Pharmaceuticals, 3rd edition *(Gestão do suprimento de medicamentos: selecção, compra, distribuição e uso de produtos farmacêuticos, 3a. edição)*
junto com a Organização Mundial da Saúde

Management Strategies for Improving Family Planning Services: The Family Planning Manager Compendium (Vols. I–IV) *(Estratégias de gestão para melhorar os serviços de planeamento familiar: Um compêndio da actualidade gerencial da planeamento familiar)*
ed. Janice Miller e James A. Wolff

Management Strategies for Improving Health and Family Planning Services: A Compendium of *The Manager Series*, Vols. V–IX *(Estratégias de gestão para a melhoria dos serviços de saúde e planeamento familiar: Um compêndio da* The Manager Series*)*
ed. Janice Miller, Claire Bahamon, Laura Lorenz e Kim Atkinson

Managers Who Lead: A Handbook for Improving Health Services
*(Gestores que lideram: Um manual para melhorar os serviços de saúde)*

MOST—Management and Organizational Sustainability Tool: A Guide for Users and Facilitators, 2nd edition *(MOST—Ferramenta de gestão e sustentabilidade organizacional: Um guião para utentes e facilitadores)*

MOST for TB—Management and Organizational Sustainability Tool for National TB Control Programs: A Guide for Users and Facilitators *(MOST para TB—Ferramenta de gestão e sustentabilidade organizacional para os programas nacionais de controlo da tuberculose)*

Scaling up HIV/AIDS Programs: A Manual for Multisectoral Planning *(Expansão dos Programas de VIH/SIDA: Um manual para o planeamento multissectorial)*

Tools for Planning and Developing Human Resources for HIV/AIDS and Other Health Services *(Ferramentas de planeamento e desenvolvimento dos recursos humanos para VIH/SIDA e outros serviços de saúde)*
junto com a Organização Mundial da Saúde

# SISTEMAS DE SAÚDE EM ACÇÃO

## UM MANUAL ELECTRÓNICO (eHANDBOOK) PARA OS LÍDERES E GESTORES


AUTORES

*Sylvia Vriesendorp*
*Mahesh Shukla*
*Karen Johnson Lassner*
*Lourdes de la Peza*
*Belkis Giorgis*
*Judith B. Seltzer*
*Mary O´Neil*
*Steve Reimann*
*Natalie Merlini Gaul*
*Malcolm Clark*
*Andy Barraclough*
*Nancy LeMay*
*Ann Buxbaum*



USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

PEPFAR

LEADERSHIP, MANAGEMENT & GOVERNANCE PROJECT
Inspired Leadership. Sound Management. Transparent Governance.

Copyright © 2010 Management Sciences for Health, Inc. Todos os direitos reservados. Revisto em 2014.

Professores, instrutores e facilitadores podem fazer fotocópias de qualquer um dos capítulos deste livro para os alunos ou participantes de algum programa de formação em uso não comercial, sem permissão prévia, desde que a Management Sciences for Health (MSH) seja devidamente reconhecida. A fotocópia de múltiplos capítulos ou do livro inteiro exige permissão prévia e por escrito do editor. Qualquer tradução, adaptação ou uso comercial de qualquer parte deste livro, sob qualquer forma ou meio, exige a permissão prévia e por escrito do editor. Pode-se obter um formulário de solicitação de permissão no website da MSH.

As marcas registadas ou de serviço usadas neste ehandbook, inclusive Microsoft Word e PowerPoint são de propriedade exclusiva da Microsoft Corporation. *Health Systems in Action: An eHandbook for Leaders and Managers* não é um produto da Microsoft Corporation e não é promovido ou endossado pela Microsoft Corporation.

Management Sciences for Health
200 Rivers Edge Drive
Medford, MA 02155-5741 USA

Fax: +1.617.250.9090
Email: bookstore@msh.org
Website: www.msh.org

Tel.: +1.617.250.9500

ISBN 978-0-9819616-2-0

Os fundos necessários a esta publicação foram fornecidos pela Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (USAID) no âmbito do Programa de Liderança, Gestão e Sustentabilidade, contrato número GPO-A-00-05-0024-00. As opiniões expressas no presente documento são exclusivas dos autores e não reflectem necessariamente as visões da USAID ou do Governo dos Estados Unidos.

Composição do livro: Edna Jamandre
Revisora: Sue Blake
Indexador: J&J Indexing
Tradutor: Reginaldo Alcantara

Citação sugerida

*Health Systems in Action: An eHandbook for Leaders and Managers*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2010.
Disponível online em
http://www.msh.org/resources/health-systems-in-action-an-ehandbook-for-leaders-and-managers

# Tabela de conteúdos


Introdução

Prefácio

Agradecimentos

Capítulo 1. Obter Resultados Através do Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
*Sylvia Vriesendorp*

Introdução 1:2
Como transformar a frustração numa força de mudança 1:2
Como construir sistemas de saúde funcionais 1:3
Uma estrutura de fortalecimento dos sistemas de saúde centrada no pessoal 1:5
Concepção de sistemas de gestão com as pessoas em mente 1:7
Intervenções para construir sistemas de saúde mais robustos 1:8
O papel dos sistemas de gestão no fortalecimento dos sistemas de saúde 1:9
Práticas comprovadas 1:10
Glossário de termos de sistemas de saúde 1:11
Referências e recursos 1:11

Capítulo 2. Liderança e Gestão: Competências Críticas para o Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
*Sylvia Vriesendorp*

Introdução 2:2
Quando os gestores lideram: um caminho que leva a resultados 2:3
De uma melhor liderança e gestão para melhores resultados de saúde 2:4
Como desenvolver gestores que também são líderes 2:6
Gestão e liderança em acção 2:10
Liderança e gestão no topo da organização 2:15
Transições dos líderes: modificações de pensamento e comportamento 2:20
Aprender a gerir e liderar: Uma metodologia comprovada para aprender em acção 2:25
Práticas comprovadas 2:28
Glossário de termos de gestão e liderança 2:29
Referências e recursos 2:30

## Capítulo 3. Governação de Sistemas de Saúde e Organizações de Saúde

*Mahesh Shukla, Lourdes de la Peza, Karen Johnson Lassner*


Introdução 3:2
Porque a boa governação é importante 3:3
O que caracteriza uma boa governação? 3:3
Cultivar a prestação de contas responsável 3:7
Engajamento com os grupos de interesse 3:10
Definir uma direcção compartilhada 3:12
Administrar os recursos correctamente 3:14
Governação do sector público 3:18
Governação de órgãos multissectoriais 3:25
Boa governação em organizações da sociedade civil 3:30
Desafios comuns enfrentados pelo conselho e como enfrentá-los 3:44
Práticas comprovadas 3:46
Glossário dos termos de governação 3:48
Referências e recursos 3:50


## Capítulo 4. Inclusão da Perspectiva de Género nos Sistemas de Saúde

*Belkis Giorgis*


Mitos e realidades sobre género 4:3
Conceitos básicos: Inclusão da Perspectiva de Género 4:4
Uma lente de género para ver os blocos construtivos dos sistemas de saúde 4:15
Conclusão 4:22
Práticas comprovadas 4:23
Glossário de termos de género 4:25
Referências e recursos 4:26


## Capítulo 5. Planear o Trabalho e Executar o Plano

*Judith B. Seltzer*


Introdução 5:2
Ligação do planeamento com a liderança e gestão para obter resultados 5:3
Tipos de planeamento 5:6
O pensamento estratégico como base do planeamento 5:7
Embarque no processo de planeamento estratégico 5:8
Análise dos ambientes externo e interno 5:10
Articulação da missão 5:11
Criação da visão 5:14
Estabelecimento dos objectivos estratégicos 5:16
Formulação de estratégias 5:20
Mensuração da implementação do plano 5:22
Conversão do plano estratégico em plano operacional 5:24
Práticas comprovadas 5:31
Glossário de termos de planeamento 5:31
Referências e recursos 5:33
Apêndices 5:34

## Capítulo 6. Gestão de Recursos Humanos

*Mary O'Neil, Steve Reimann*


Introdução 6:2
A estrutura de acções de recursos humanos para a saúde 6:3
Os pilares de uma GRH eficaz 6:4
A GRH como uma questão de liderança 6:5
As práticas de GRH que aumentam a satisfação dos funcionários 6:7
Os programas de incentivo promovem a satisfação e a motivação dos funcionários 6:13
Gestão do pessoal voluntário 6:13
Uso de um inquérito para aperfeiçoar as políticas e práticas de GRH 6:15
Avaliação da capacidade de GRH de sua organização 6:18
Como revitalizar a GRH com as suas acções e o seu exemplo 6:21
Praticas comprovadas 6:22
Glossário de termos de gestão de recursos humanos 6:23
Referências e recursos 6:24
Conclusão 6:31


## Capítulo 7. Gestão das Finanças e dos Sistemas Relacionados

*Natalie Merlini Gaul*


Introdução 7:2
Visão geral da gestão financeira e da gestão operacional 7:4
Avaliação dos sistemas financeiros e operacionais da sua organização 7:7
Noções básicas de contabilidade e de gestão financeira 7:8
Gestão do risco 7:19
Conflitos na interesses e conduta antiética 7:22
Gestão das compras 7:24
Gestão das viagens 7:30
Gestão dos activos 7:34
Gestão do caixa 7:36
Requisitos e directrizes de controlo interno 7:38
Utilização de normas e procedimentos para reforçar o controlo interno 7:44
Práticas comprovadas 7:47
Glossário de termos de contabilidade e compras 7:48
Referências bibliográficas e materiais de consulta 7:52
Apêndices 7:52


© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## Capítulo 8. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde

*Malcolm Clark, Andy Barraclough*


Introdução 8:2
Gestão do armazenamento de medicamentos e produtos de saúde 8:7
Gestão de inventário e controlo do stock 8:23
Distribuição do stock a partir do depósito do centro de saúde 8:43
Boas práticas de dispensação 8:46
Prescrição e uso racionais dos medicamentos 8:46
Como tratar de produtos expirados, danificados ou obsoletos 8:47
Formação e melhoria do desempenho do pessoal de suprimentos 8:49
Supervisão da gestão do fornecimento 8:51
Práticas comprovadas 8:55
Glossário de termos de gestão do fornecimento 8:56
Referências e recursos 8:58
Apêndices 8:61


## Capítulo 9. Gestão das Informações: Monitoria e Avaliação

*Nancy LeMay*


Introdução 9:2
Informações para a gestão de serviços de saúde 9:2
De quem é a M&A? 9:6
A monitoria como um caminho para a acção 9:9
Abordagens e ferramentas práticas de M&A 9:12
Etapas do desenvolvimento de um plano de M&A 9:18
Desenho de uma ferramenta de M&A 9:27
Como criar uma avaliação para fins de aprendizagem 9:30
Dados do SIS: pontos fortes e limitações 9:38
Práticas comprovadas 9:39
Glossário de termos de M&A 9:40
Referências e recursos 9:42

## Capítulo 10. Gestão da Prestação de Serviços de Saúde

*Ann Buxbaum*


Introdução 10:2
Elementos do sistema de prestação de serviços de saúde 10:3
Elemento 1: Estabelecimento e manutenção de serviços de alta qualidade 10:4
Elemento 2: Garantia de acesso equitativo para todas as pessoas e comunidades 10:12
Elemento 3: Prestação de serviços integrados 10:19
Elemento 4: Ampliação 10:23
Elemento 5: Oferecimento de atendimento de saúde primária com base na comunidade 10:29
Elemento 6: Colaboração com o sector privado de fins lucrativos 10:33
Em resumo 10:36
Práticas comprovadas 10:37
Glossário de termos de prestação de serviços 10:37
Referências e recursos 10:39


Índice

## Lista de Figuras


| | | |
|---|---|---|
| Figura 1.1 | Estrutura de Fortalecimento dos Sistemas de Saúde Centrada no Pessoal | 1:6 |
| Figura 2.1 | Modelo de Liderança, Gestão e Governação para Obter Resultados | 2:5 |
| Figura 2.2 | Quadro da Liderança e Gestão | 2:9 |
| Figura 2.3 | Processo Integrado de Liderança e Gestão | 2:14 |
| Figura 2.4 | O Modelo do Desafio: da Visão à Acção e aos Resultados | 2:26 |
| Figura 2.A1 | O Diagrama de Espinha de Peixe | 2:33 |
| Figura 2.A2 | Um Exemplo da Técnica dos 5 Por Quês | 2:34 |
| Figura 3.1 | Modelo Conceptual da Governação dos Sistemas de Saúde | 3:5 |
| Figura 4.1 | O Processo Contínuo de Igualdade de Género | 4:11 |
| Figura 5.1 | Quadro da Liderança e Gestão | 5:4 |
| Figura 5.2 | Processo Contínuo de Planeamento Estratégico e Operacional | 5:5 |
| Figura 5.3 | Componentes de um Plano Operacional | 5:25 |
| Figura 5.4 | Lista de Itens de Viabilidade | 5:26 |
| Figura 6.1 | Estrutura de Acção de Recursos Humanos em Saúde | 6:3 |
| Figura 8.1 | Como a redução de tipos comuns de desperdícios pode aumentar o benefício terapêutico | 8:3 |
| Figura 8.2 | Ciclo de Gestão Farmacêutica | 8:5 |
| Figura 8.3 | Cartão de Stock Típico | 8:27 |
| Figura 8.4 | Modelo Ideal de Controlo do Stock | 8:37 |
| Figura 9.1 | Subsistemas comuns de informações sobre saúde | 9:3 |
| Figura 9.2 | Relação entre as informações e os ciclos de gestão | 9:4 |
| Figura 9.3 | Hierarquia das necessidades de informações | 9:7 |
| Figura 9.4 | Níveis da sequência de resultados | 9:12 |
| Figura 9.5 | Elementos típicos de um quadro lógico | 9:13 |
| Figura 9.6 | Exemplo de um Caminho de Mudança | 9:16 |
| Figura 9.7 | Sequência “para que” para uma actividade de um Caminho de Mudança | 9:17 |
| Figura 10.1 | Triângulo da Qualidade | 10:4 |

## Sistemas de Saúde em Acção: Estudos de caso


Uma forte liderança e gestão em acção para melhorar a saúde pública— Exemplos do Afeganistão, Brasil e Tanzânia 1:4

Uso da tecnologia para aumentar a transparência e a prestação de contas — Um exemplo do Quénia, Tanzânia e Uganda 3:9

Conselhos de saúde dos cidadãos ajudam a deter a corrupção e a reduzir os pagamentos desnecessários ou excessivos — Um exemplo da Bolívia 3:24

Transparência e prestação de contas em acção: uma história do campo 3:35

Estudos de caso que destacam os diferentes estágios do processo contínuo de integração de género—Exemplos de Zimbábue, Zâmbia e Quénia 4:14

Fortalecimento de GRH e Melhoria de Serviço em Acção — Exemplos de Moçambique, Quénia e Egipto 6:17

A Ferramenta de Avaliação Rápida de GRH em Acção–Um Exemplo de Uganda 6:19

Em acção, o monitoramento para melhor gestão de programas – Um exemplo do Peru 9:10

Informações em acção para melhorar os serviços – experiências da Bolívia e da África do Sul 9:11

Uso dos resultados para melhorar os dados de rotina em acção – Um exemplo do Paquistão 9:26

Como usar e melhorar dados imperfeitos do SIS – Um exemplo de Madagascar 9:37

Em acção, o financiamento baseado no desempenho – Um exemplo de Ruanda 10:9

A gestão e o reconhecimento baseados em normas em acção em Malawi 10:11

Uso da perspectiva de género para reduzir barreiras – Exemplos do Afeganistão, Peru e Jordânia 10:14

Os Jovens em Acção – Exemplos do Haiti e Moçambique 10:18

Como aproveitar a experiência, os dados e o entusiasmo para fazer uma ampliação – Exemplos do Senegal e Egipto 10:28

Colaborações Público-Privadas em Acção para uma Melhor Saúde – Exemplos da Tanzânia e Índia 10:35


© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

# Introdução

Na última década, a necessidade de se estabelecer sistemas de saúde robustos transformou-se mundialmente num imperativo. Os recursos sem precedentes que se tornaram disponíveis para a área global de saúde, particularmente para combater as pandemias mais importantes, permitiram aos países expandirem significativamente a amplitude das intervenções de saúde que realmente salvam vidas. Mas, em muitos países, os esforços para ampliar esses programas enfrentam o obstáculo de sistemas de saúde deficientes. Se os seis pilares principais dos sistemas de saúde, definidos na publicação *Everybody's Business* da Organização Mundial da Saúde, oferecem aos países uma ampla perspectiva sobre os componentes do sistema de saúde, este manual electrónico e prático vai mais além, ao oferecer aos gestores dos programas de saúde algumas das ferramentas essenciais para fortalecer os sistemas de saúde.

Ao folhear a publicação, fiquei impressionado pelo tanto que o conhecimento contido neste volume se reflecte em nossa experiência na Etiópia, mais particularmente porque empreendemos um esforço radical em todo o sistema para reformar nosso sector de saúde. Reconhecemos, desde o início, que uma abordagem integrada do sistema de saúde na prestação dos serviços era a única estratégia viável para alcançar as metas ambiciosas do nosso Programa de Desenvolvimento do Sector de Saúde (PDSS).

Criado pelo Ministério Federal da Saúde em 1997, o PDSS constitui um componente fundamental do plano multissectorial do nosso Governo, denominado Plano de Desenvolvimento Acelerado e Sustentável para Eliminar a Pobreza. O PDSS se concentra na resolução dos problemas mais prementes das áreas de saúde. Alinhada directamente com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relacionados à saúde, a actual terceira fase do nosso PDSS prioriza as intervenções de alto impacto para o fortalecimento do sistema de saúde que se fazem necessárias para acelerar a ampliação e a cobertura dos serviços essenciais nas áreas de saúde infantil, saúde maternal, VIH/TB e malária. Como suporte a esta abordagem, existe um firme compromisso do nosso Governo com um esforço centrado na comunidade para garantir o acesso universal ao atendimento básico de saúde.

O objectivo nacional está sendo impulsionado pelo nosso Programa de Expansão da Saúde (PES), o qual formou rapidamente e colocou em campo 30.000 trabalhadores de expansão da saúde (TES) em todo o país—dois TES para cada vilarejo—quase duplicando a força de trabalho de saúde da Etiópia em apenas três anos. O engajamento

dos TES como servidores públicos assalariados em tempo integral marca um importante afastamento do modelo do voluntariado, mudança que acreditamos ter sido crucial para o rápido progresso do PES e que promoverá sua sustentabilidade e sucesso a longo prazo. Ao usar a mobilização social e uma inovadora abordagem de "família modelo", nossos TES estão a promover comportamentos mais saudáveis em suas comunidades e a aumentar o acesso e uso dos serviços básicos de saúde.

O Programa de Expansão da Saúde, que focaliza a promoção da saúde e a prevenção de doenças, é a pedra fundamental do sistema descentralizado de saúde da Etiópia. Agora em base mais ampliada, o sistema de informações de saúde e de encaminhamento de utentes que os TES estão a desenvolver ao nível das organizações de base vem ampliar o acesso a um sistema ininterrupto de atendimento nos níveis secundário e terciário. Paralelamente, nosso Governo tem também investido fortemente na expansão de nossa infraestrutura de saúde, um esforço através do qual buscamos colocar em funcionamento 15.000 postos de saúde e 3.200 centros de saúde em todo o país. A maior parte dessas instalações já foi concluída.

Estes esforços estão a ser reforçados pela nossa reforma em curso do sector de saúde, a qual busca promover uma mudança radical na forma de trabalharmos. Reconhecemos que a meta ambiciosa de alcançar o acesso universal aos serviços básicos exige um afastamento radical do modelo de "negócios como sempre foram feitos". Como parte dessa reforma, agora em seu segundo ano de implementação, redesenhamos e introduzimos novos processos de negócios e estabelecemos estruturas institucionais para as funções essenciais. Estas funções incluem o planeamento de emergências e gestão de saúde pública; monitoria e avaliação; fornecimento e gestão de produtos farmacêuticos; regulamentação de serviços e produtos de saúde; mobilização de recursos; e seguros. Tem havido formação de pessoal em todo o sector quanto às directrizes e estratégicas subjacentes a esses novos processos centrados nas pessoas e baseados em resultados, que enfatizam a eficiência e estruturas claras de prestação de contas. Com o engajamento activo de nossos parceiros diversificados e comprometidos, estamos a montar mecanismos de governação inclusivos e eficazes, de forma alinhada com o nosso Pacto Internacional de Parcerias em Saúde, o qual enfatiza a sustentabilidade, a harmonização da mobilização e alocação de recursos, e a coordenação da monitoria e avaliação.

O presente manual trata, em detalhe marcante, de todos os aspectos práticos de gestão dessas áreas essenciais ao fortalecimento dos sistemas de saúde. Dado que muitos países em desenvolvimento, nomeadamente a Etiópia, enfrentam actualmente os desafios multivariados associados com esse esforço, o momento em que esta publicação surge já é por si só uma tremenda contribuição. Mas talvez a contribuição mais importante deste livro seja sua ênfase no elemento central de construção de um sistema de saúde nacional eficaz: pessoas qualificadas e motivadas que servem como o cimento indispensável à construção de um sistema de saúde coeso e de bom funcionamento.

A importância da colocação das pessoas no centro do sistema de saúde encontra-se bem reflectida nos primeiros quatro capítulos, que elucidam os vínculos inextricáveis entre sistemas e pessoas, tanto como prestadores e beneficiários dos serviços de saúde; identificam as competências essenciais de liderança e gestão para o sector de saúde; e sublinham a importância da boa governação e do planeamento eficaz. É justamente nestas

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

áreas que acredito que este manual servirá como um excelente recurso na Etiópia. Nossos esforços para fortalecer a "orientação das pessoas" sobre os nossos novos processos de trabalho e as nossas iniciativas contínuas para reforçar as iniciativas vitais de liderança e gestão—com destaque para a inclusão de nosso programa pioneiro de formação, em nível de pós-graduação, de directores executivos de hospitais—certamente se beneficiarão das grandes lições práticas encontradas neste manual.

Da mesma forma, muito pode ser colhido neste manual para incrementar nossos esforços para institucionalizar uma cultura de planeamento baseada em evidências em todo o sector de saúde. Esta cultura abrangente vai da busca persistente do alcance de nosso objectivo predominante de se ter "um só plano, orçamento e sistema de apresentação de relatórios" a nível nacional, passa pelo reforço dos nossos processos de planeamento ao nível distrital, e chega até os detalhes dos planos semanais que cada gestor prepara para orientar suas actividades diárias.

Esperamos que, a partir de agora, nossas próprias experiências práticas nessas áreas possam contribuir às futuras edições deste abrangente manual. Apesar do fortalecimento dos sistemas de saúde não ser uma ciência exacta e de não haver um só modelo que se aplique a todos os casos e a todos os países, esta publicação deixa claro que grande parte do conhecimento empírico e das boas práticas podem ser alinhadas para ajudar os países a acelerarem e aperfeiçoarem seus esforços de forma a melhor se encaixarem às suas necessidades, capacidades e circunstâncias.

A Management Sciences for Health e a USAID devem ser parabenizadas por colaborarem na produção deste manual tão oportuno e valioso. Trata-se de uma contribuição vital que destaca não só a indispensabilidade de sistemas de saúde robustos para se alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio na área de saúde, mas também para lidar com novos e emergentes problemas globais de saúde no futuro. Espero sinceramente que este manual seja objecto de ampla disseminação e aplicação prática na Etiópia e em toda a África, bem como no resto do mundo em desenvolvimento.

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
*Ministro da Saúde, República Federal Democrática da Etiópia*

## O QUE DIZEM AS PESSOAS SOBRE *SISTEMAS DE SAÚDE EM ACÇÃO*

O conteúdo é admirável. Duvido que haja outra publicação nesse campo que ofereça, mesmo remotamente, tanto quanto esta entre suas capas.

Guy Pfeffermann
*Fundador e CEO, Global Business School Network*

Esta publicação coloca um tesouro de informações à disposição dos gestores … que desejam aperfeiçoar seu desempenho e o de suas equipas …. Ela trata de questões essenciais para os futuros líderes da área de saúde e oferece uma variedade de elos de ligação a recursos muito úteis. Também promove uma prática reflexiva e combina conceitos teóricos com exemplos práticos. Esta publicação será particularmente útil aos gestores que actuam em ambientes de recursos limitados e que têm que tomar decisões difíceis de como aplicar esses recursos para obter o maior benefício possível em termos de saúde, bem como motivar as equipas e promover um atendimento de alta qualidade em circunstâncias difíceis.

Professor Andy Haines
*Director da London School of Hygiene & Tropical Medicine*

Ao destilar décadas de experiências, o manual da MSH destaca a importância do desempenho dos sistemas de saúde para alcançar as Metas do Desenvolvimento do Milénio (MDM), e outros objectivos, e coloca as pessoas no centro de cada um dos blocos de construção dos sistemas de saúde, com ênfase nas competências críticas de liderança e gestão para as organizações ligadas ao desenvolvimento e os governos nacionais. O manual deve se tornar um fiel e útil companheiro dos líderes e gestores de saúde em todo o mundo.

Ariel Pablos-Mendez
*Director-Geral, The Rockefeller Foundation*

O Manual Electrónico é a referência singular mais importante para os gestores da área de saúde em todos os níveis das organizações e dos sistemas de atendimento de saúde. Trata-se, na verdade, de um sistema de aprendizagem. O gestor que estudar integralmente este Manual certamente aperfeiçoará seu nível de competência e confiança. Ao consultá-lo para resolver problemas, o gestor sempre encontrará respostas. O Manual Electrónico é também um portal que fornece os websites essenciais através dos quais o utente é orientado a investigar os assuntos em maior profundidade, o que transforma este manual num consultor virtual. Com o Manual Electrónico, o gestor de saúde nunca mais estará só.

Gary L. Filerman
*Vice-Presidente Sénior e Presidente do Conselho, Health Management and Policy Group, Atlas Research*

O Manual Electrónico preenche claramente uma lacuna que antes existia em muitos dos nossos sistemas de saúde em África.

Alex Coutinho
*Director, Infectious Disease Institute, Kampala, Uganda*

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

# Prefácio

Os criadores deste manual têm ouvido atentamente pessoas como vocês, os leitores, há alguns anos. Disseram-nos que gostariam de estar melhor preparados para gerir, liderar e governar as unidades ou programas e os prestadores de serviços de saúde. Falaram de seus compromissos com a saúde como um direito humano e de suas lutas para garantir que suas instalações e pessoal de saúde prestem serviços de saúde de alta qualidade às pessoas necessitadas. Ouvimos suas descrições dos desafios que enfrentam ao trabalhar sob circunstâncias aquém das ideais, sempre a enfrentar significativas restrições dos recursos.

*Sistemas de Saúde em Acção: Um Manual Electrónico para Líderes e Gestores* (que inclui todos aqueles que são responsáveis pela liderança, gestão e governação) foi escrito para você. Esperamos que este manual o ajude a trabalhar com sua equipa ou unidade, programa ou organização para realizar o sonho que se propôs a realizar: acesso universal das pessoas, famílias e comunidades ao melhor atendimento de saúde possível. Publicamos o manual pela primeira vez em 2010. Em 2014, ele foi revisto e acrescentamos um capítulo sobre a integração da perspectiva de género (*gender mainstreaming*), reescrevemos grande parte do capítulo sobre governação, revisamos substancialmente os dois primeiros capítulos, e actualizamos informações tais como as URLs ao longo de todo o manual.

Acreditamos que as seguintes páginas oferecem percepções aguçadas e ferramentas especiais que o ajudarão a preparar outras pessoas para enfrentar desafios e produzir os resultados esperados. Queremos ajudá-lo a alcançar suas metas de melhorar a capacidade de resposta do sistema de saúde ou de sua organização específica às necessidades dos clientes, do pessoal, e de outros interessados na qualidade do atendimento de saúde.

O tópico da eficácia dos sistemas de saúde é algo que está na mente de todos, hoje em dia. Muito se sabe sobre os elementos de um sistema de saúde e já existem muitas estruturas ou arcabouços disponíveis de bases sólidas. Mas ainda há uma grande lacuna de "como" fazer para que os sistemas de saúde realmente funcionem bem.

O presente manual reúne práticas de liderança, gestão e governação consagradas após décadas de nossa experiência de campo em saúde pública, no mundo inteiro. Ele inclui práticas eficazes em sistemas essenciais de gestão que funcionam todas em conjunto para a melhoria geral da saúde. Para além disso, ele faz uso das abordagens práticas da liderança e gestão à sua disposição no manual *Managers Who Lead: A Handbook for Improving Health Services* [Gestores que Lideram: Um Manual de Melhoria dos Serviços de Saúde],

publicado em 2005 e reimpresso em 2009. A edição revista também utiliza a experiência obtida com o Projecto de Liderança, Gestão e Governação (LMG, sigla em inglês) cuja execução foi confiada à MSH em 2011.

Nosso objectivo aqui é oferecer-lhe um guião abrangente e prático e um jogo de ferramentas e recursos que tratam das questões mais comuns encontradas na liderança, gestão e governação dos serviços de saúde. Concebemos este manual como um recurso electrónico ao qual você pode aceder facilmente pela Internet e ler *online,* imprimir ou descarregar.

Preparamos este manual para os profissionais de saúde que trabalham no sector público e para aqueles que trabalham em organizações (grandes ou pequenas) da sociedade civil, nomeadamente as religiosas e comunitárias. Professores, instrutores e facilitadores podem usar os materiais deste livro para criar programas de formação em liderança, gestão, governação e desenvolvimento organizacional, e para oferecer materiais de orientação a novos gestores.

Onde quer que esteja na hierarquia organizacional, este manual foi feito para você. Utilize-o para consulta, aprendizagem e formação. Também sugerimos que o utilize com sua equipa. Considere o tempo gasto para lê-lo como um investimento em sua carreira e na qualidade do desempenho de sua equipa e de sua organização. O manual é um recurso para ajudá-lo a se tornar mais consciente e mais disciplinado acerca dos cinco elementos críticos do sucesso organizacional: liderança, sistemas de gestão, boa governação, gestão das mudanças, e estabelecimento de um clima de trabalho mais proveitoso.

Com este manual esperamos contribuir aos esforços para situar o elemento humano no âmago do sistema de saúde. Contribuímos com uma linguagem e um conjunto de práticas de liderança, gestão e governação que qualquer um pode dominar e que, como já demonstrado, fortalece os sistemas de gestão organizacional. Também tratamos das suas necessidades particulares como alguém cujo interesse genuíno é o de fazer com que todas as partes do sistema de saúde funcionem em uníssono para oferecer serviços de saúde de alta qualidade.

O material está organizado em torno desses elementos básicos e em dez capítulos, a saber:


- Capítulo 1. Obter Resultados Através do Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
- Capítulo 2. Liderança e Gestão: Competências Críticas para o Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
- Capítulo 3. Governação dos Sistemas de Saúde e Organizações de Saúde
- Capítulo 4. Inclusão da Perspectiva de Género nos Sistemas de Saúde
- Capítulo 5. Como Planear o Trabalho e Executar o Plano
- Capítulo 6. Gestão de Recursos Humanos
- Capítulo 7. Gestão de Finanças e Sistemas Relacionados
- Capítulo 8. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde
- Capítulo 9. Gestão da Informação: Monitoria e Avaliação
- Capítulo 10. Gestão da Prestação de Serviços de Saúde

Poderá consultar ou ler os capítulos do início ao fim, apenas em parte, ou na ordem que preferir.

### Como efectuar buscas em ficheiros através do uso de marcadores

Ao abrir todo ficheiro PDF do Manual Electrónico, ele mostra marcadores do lado esquerdo. Para se dirigir directamente a um tópico pelo uso do seu marcador, clique no marcador. Clique na seta para a direita (▶), próxima a um marcador "ascendente", para expandi-lo. Clique na seta para baixo (▼), próxima a um marcador, para ocultar seus "descendentes".

Para abrir ou fechar os marcadores, clique em Bookmarks (*Marcadores*), no lado esquerdo da janela, ou escolha View (*Visualizar*), Show/Hide (*Mostrar/Ocultar*), Navigation Panes (*Painéis de Navegação*), Bookmarks (*Marcadores*).

Cada capítulo inclui elos de ligação com recursos *online* para você aprender mais sobre esses tópicos. Em muitos casos, encontrará instruções detalhadas dos passos que pode dar em sua organização. Cada capítulo termina com as mesmas três secções: práticas comprovadas, glossário de termos que podem ou não ser familiares para você ou sua equipa, e uma lista de referências e recursos.

Esperamos colocar tudo de que precisa ao alcance da mão, para que possa aperfeiçoar continuamente seu conhecimento da gestão e liderança e reforçar suas habilidades como um gestor que também lidera.

Finalmente, gostaríamos de ouvir seus comentários. Queremos saber sobre suas experiências no uso do Manual Electrónico. O que achou mais útil ou importante? Há alguma informação que deveríamos actualizar? Talvez tenha visto algum recurso na Web que deveríamos incluir? Há alguma sugestão do Manual Electrónico que não funcionou no seu caso? Há um formulário de retroinformação na Web para você usar. Ou envie um correio electrónico para HSinAction@msh.org. Há décadas que procuramos ouvir e aprender com pessoas que trabalham arduamente para aperfeiçoar os sistemas de saúde do mundo inteiro. Ajude também a tornar o Manual Electrónico o mais útil possível para si e para os outros.

Agradecemos e lhe desejamos toda sorte ao enfrentar os desafios, melhorar os sistemas de saúde, e ajudar a salvar vidas em suas comunidades.

### Onde encontrar *Sistemas de Saúde em Acção: Um Manual Electrónico para os Líderes e Gestores*

Este manual está disponível para descarregar da Internet em http://www.msh.org/resources/health-systems-in-action-an-ehandbook-for-leaders-and-managers.

# Agradecimentos

*Sistemas de Saúde em Acção* marca a culminância do Programa de Liderança, Gestão e Sustentabilidade, implementado com fundos proveniente da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). Ao terminar o Programa de LMS (sigla em inglês), aproveitamos a oportunidade para reflectir, trocar experiências e percepções mais profundas adquiridas através do generoso apoio da USAID. Este manual é o veículo dessa reflexão e colaboração. Em seguida, surgiu o Programa de Liderança, Gestão e Governação, também financiado pela USAID, cuja incumbência era a de continuar a promoção e facilitação da boa liderança e gestão em saúde, ao acrescentar um componente de governação e com um foco mais definido no género. Como resultado, a USAID deu-nos o apoio necessário para actualizar este manual com um capítulo revisto sobre governação e um capítulo adicional sobre género.

O manual actualizado foi preparado por uma equipa de autores da Management Sciences for Health (MSH): Sylvia Vriesendorp, Mahesh Shukla, Karen Johnson Lassner, Lourdes de la Peza, Belkis Giorgis, Judith B. Seltzer, Steve Reimann, Mary O´Neil, Natalie Merlini Gaul, Malcolm Clark, Andy Barraclough, Nancy LeMay e Ann Buxbaum. Todos utilizaram sua experiência profissional mas também o que aprenderam com seus colegas de outras organizações e instituições de saúde de todo o mundo.

Vários membros do pessoal permanente da MSH revisaram capítulos seleccionados e forneceram valiosas contribuições técnicas aos autores. Entre esses membros estão Joan Bragar Mansour, Karen Johnson Lassner, Timothy R. Allen, Susana Galdos, Pat Barros-Smith, Alison Ellis, Joseph Dwyer, Sarah Johnson, Kimberly Hirsh, Susan Brinkert, Nazzareno Todini, Steve Sapirie, Cary Peabody Perry, Steven Solter, Diana Silimperi, Ashley Stephens e Jeffrey Aubuchon.

Gostaríamos particularmente de agradecer aos revisores independentes da MSH, colegas cuja disposição para dividir seus conhecimentos e experiência em programas de liderança e gestão de saúde contribuíram enormemente à autenticidade do manual. O Dr. Peter Mugyenyi, do *Joint Clinical Research Centre* de Uganda, Lourdes Quintanilla do *Instituto Carso de Salud* do México, e Susan Wright da USAID em Gana, leram e ofereceram suas perspectivas sobre todo o manuscrito. Capítulos individuais foram revistos por Marguerite Farrell, Estelle Quain, Nandita Thatte e Nadira Kabir da USAID; Dr. Delanyo Dovlo da Organização Mundial de Saúde; e Kathy Cahill, consultora independente dos Estados Unidos que trabalhou anteriormente para a *Bill & Melinda Gates Foundation*. O capítulo

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

de governação foi revisto por David Winters, consultor independente internacional de saúde, desenvolvimento e governação; e Tom Dolan, Presidente Emérito do *American College of Healthcare Executives.* Além disso, o novo capítulo sobre género foi revisto por Constance Newman, Líder Sénior de Equipa da área de Equidade de Género e Saúde, na *IntraHealth International;* Susana Galdos, ex-Diretora Executiva do *Movimiento Manuela Ramos* e ex-Diretora da MSH para a América Latina; e Azucena Ugarte, Diretora de Educação e Formação de *Women Against Abuse.*

Toda publicação precisa de bons editores. Queremos agradecer a Ann Buxbaum e Barbara Timmons por sua revisão técnica e edição dos capítulos na versão original e Sylvia Vriesendorp por editar os novos capítulos. Tempe Goodhue fez a revisão textual e administrou o processo de produção. O manual teria sido um produto muito diferente sem a persistência e cuidado que ela lhe dedicou e por isto lhe agradecemos. Nina Breygin prestou assistência essencial com a preparação do CD-ROM da versão original. Stacey Irwin Downey foi a última pessoa a rever a versão original da publicação do início ao fim, e nos beneficiamos grandemente com a sua combinação de uma sólida percepção técnica e sua atenção aos detalhes. É de Erin Dowling a concepção da versão revista e queremos agradecer-lhe por suas ideias e aguda percepção quanto aos detalhes.

Alison Ellis, Karen Johnson Lassner e Ashley Stephens administraram a elaboração do manual, sendo que nos estágios finais de produção, contaram com a participação de Meghann Lindholm. A produção de uma publicação é um trabalho de envergadura, mas elas se desincumbiram do mesmo de forma insuperável.

Joseph Dwyer, Director do Programa de LMS da MSH, forneceu liderança inspirada, orientação firme e apoio incansável ao esforço para destilar o melhor de nossa experiência em benefício deste manual. Jim Rice, Director do Projecto de LMG, ajudou a orientar a revisão e o desenvolvimento do novo conteúdo actualizado.

Finalmente, agradecemos a Marguerite Farrell, Oficial Técnica Competente da USAID para o Programa LMS, por seu empenho quanto à preparação deste manual e seus contínuos encorajamento e apoio. Agradecemos enormemente o investimento contínuo que a USAID faz na melhoria da capacidade de liderança e gestão dos programas de saúde, de forma que os gestores das organizações públicas, privadas e sem fins lucrativos do mundo inteiro possam realizar sua visão de prestação de serviços de saúde sustentáveis, acessíveis e de alta qualidade a todos.  Também agradecemos a Ann Hirschey, Representante do Oficial Contratante do Projecto, e Temi Ifafore, Giuliana Morales, Rebeen Pasha e Matthew Schneider, que contribuíram à revisão do conteúdo actualizado.

Finalmente, agradecemos à equipa de LMG que nos ajudou a introduzir o conteúdo actualizado e manter todos em curso: Corinna Banda, Jessica Koval, Megan Kearns e Katie Martin.

# Acrónimos

| | |
|---|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AIDI | Atenção Integrada às Doenças da Infância |
| AIDIN | Atenção Integrada às Doenças da Infância e Neonatais |
| AMC | Consumo Médio Mensal |
| ARVs | Anti-Retrovirais |
| ATV | Aconselhamento e Testagem Voluntária |
| CAP | Conhecimento, Atitudes, Práticas |
| CAV | Compras por Associação Voluntária |
| CBPHC | Atendimento de Saúde Primária de Base Comunitária |
| CCM | Gestão de Caso em Nível Comunitário |
| CCM/MCH/MCP | Mecanismo de Coordenação Nacional ou de País |
| CCV | Contracepção Cirúrgica Voluntária |
| CHBC | Atendimento Comunitário Domiciliar |
| COPE | Serviços Orientados aos Clientes de Prestação Eficiente |
| CSP | Cuidados de Saúde Primários |
| DBC | Distribuição de Base Comunitária |
| DHCC | Comité Distrital de Coordenação de Saúde |
| DLDB | Duka La Dawa Baridi (Lojas Privadas de Medicamentos na Tanzânia) |
| ELCO | Casais Elegíveis/Qualificáveis (**EL**igible **CO**uples) |
| FBD | Financiamento Baseado no Desempenho |
| FEFO | Primeiro a Vencer, Primeiro a Sair |
| FF | Forças e Fraquezas |
| FIFO/PEPS | Primeiro a Entrar, Primeiro a Sair |
| FLEP | Programa de Educação de Vida em Família |
| FOFA *(análise)* | Forças, Oportunidades, Fraquezas, Ameaças |
| G&A | Custos Gerais e Administrativos |
| GEU | Governo dos Estados Unidos |
| GFATM | Fundo Global de Luta Contra o SIDA, Tuberculose e Malária |
| GQ | Garantia de Qualidade |
| GRH | Gestão de Recursos Humanos |
| IDS | Inquérito Demográfico e de Saúde |
| IPPF | Federação Internacional de Planeamento Familiar |
| IST | Infecção Sexualmente Transmitida |
| IYWG | Grupo Inter-Agências de Trabalho para a Juventude |
| LME | Lista (Relação) de Medicamentos Essenciais |
| LMS | Programa de Liderança, Sustentabilidade e Gestão |
| LQAS | Amostragem de Segurança da Qualidade do Lote |
| MDM | Metas de Desenvolvimento do Milénio |
| MOST | Ferramenta de Sustentabilidade Organizacional e de Gestão |
| MQ | Melhoria de Qualidade |
| MS | Ministério da Saúde |
| MSH | Management Sciences For Health |
| MSP | Ministério da Saúde Pública |
| MTILD | Mosquiteiros Tratados com Insecticida de Longa Duração |

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

| | |
|---|---|
| NAC | Comissão (ou Conselho) Nacional de SIDA |
| ONG | Organização Não Governamental |
| OA | Oportunidades e Ameaças |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OSC | Organização da Sociedade Civil |
| PAC | Atendimento Pós-Aborto |
| PDQ | Qualidade Definida pela Parceria |
| PEPFAR | Plano de Emergência do Presidente (EUA) de Auxílio Contra o SIDA |
| PDL | Programa de Desenvolvimento da Liderança |
| PF | Planeamento Familiar |
| PIP-PH | Avaliação do Desempenho e Processo de Melhoria—Saúde Pública |
| PMI | Iniciativa do Presidente (dos EUA) Contra a Malária |
| POP | Procedimentos Operacionais Padronizados |
| PPHCC | Comité Provincial de Coordenação da Saúde Pública |
| PVC | Cloreto de Polivinila |
| QAP | Projecto de Garantia de Qualidade |
| RFQ | Pedido de Cotação |
| RH | Recursos Humanos |
| RHS | Recursos Humanos para a Saúde |
| SIGS | Sistema de Informações de Gestão de Saúde |
| SIS | Sistema de Informações de Saúde |
| SBM-R | Gestão e Reconhecimento Baseados em Normas |
| SMART *(critérios)* | Específico, Mensurável, Apropriado, Realista e de Tempo Limitado |
| SMART *(critérios financeiros)* | Simples, Significativos, Acurados, Relevantes e Oportunos |
| SR | Saúde Reprodutiva |
| USAID | Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional |
| VEN | Vital, Essencial, Não Essencial |
| VIH/SIDA | Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |

CAPÍTULO 1

# Obter Resultados Através do Fortalecimento dos Sistemas de Saúde

*Sylvia Vriesendorp*

1. Obter Resultados Através do Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
2. Liderança e Gestão: Competências Críticas para o Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
3. Governação de Sistemas de Saúde e Organizações de Saúde
4. Inclusão da Perspectiva de Género nos Sistemas de Saúde
5. Planear o Trabalho e Executar o Plano
6. Gestão de Recursos Humanos
7. Gestão das Finanças e dos Sistemas Relacionados
8. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde
9. Gestão das Informações: Monitoria e Avaliação
10. Gestão da Prestação de Serviços de Saúde

Este capítulo defende a ideia de que é preciso colocar as pessoas—profissionais de saúde responsáveis por prestar serviços de alta qualidade às pessoas que deles precisam—no centro do fortalecimento dos sistemas de saúde. Se examinar os blocos construtivos de um sistema de saúde que contribuem à obtenção de resultados positivos—liderança e governação, recursos humanos, gestão financeira, informações de saúde, gestão do fornecimento e prestação de serviços de saúde—verá que nenhum deles funciona se não houver pessoas qualificadas, apoiadas e motivadas. Essas pessoas podem trabalhar nas comunidades, em centros de saúde ou hospitais, em organizações privadas ou em órgãos do governo.

Este capítulo introduz uma Estrutura de Fortalecimento dos Sistemas de Saúde Centrada no Pessoal, que leva em consideração as ligações entre os sistemas e as pessoas que os fornecem e usam. No centro dessa estrutura estão as habilidades de gestão, governação e liderança das pessoas que criam e operam os sistemas de gestão de saúde necessários para prestar serviços de saúde eficientes, eficazes e de alta qualidade para os utentes e suas comunidades.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## Introdução

Um dos maiores desafios que os gestores e serviços de saúde enfrentam é o de transformar uma força de trabalho de moral baixo, sobrecarregada e stressada numa equipa proactiva e motivada que presta serviços de saúde de alta qualidade, todos os dias. Os sistemas deficientes de gestão são os que mais contribuem à frustração e à sensação de inutilidade, que inúmeros profissionais sentem quando não conseguem dar contribuições sustentáveis para gerar melhores resultados de saúde.

Mas qualquer tentativa de melhorar os sistemas de gestão, sem abordar as necessidades das pessoas que executam o trabalho só pode terminar em decepção, mais stresse e um moral ainda mais baixo, o que reforça, por sua vez, o círculo vicioso de ineficácia e ineficiência. Para lidar com esse desafio, é preciso estar atento tanto aos sistemas como às pessoas, em todos os níveis.

O conhecimento médico existe para reduzir as enfermidades e mortes causadas por doenças evitáveis. A aplicação do conhecimento e a expansão das práticas baseadas em evidências exige a presença de sistemas de saúde fortes, com líderes-gestores qualificados e motivados que podem apoiar e motivar a força de trabalho de saúde.

Com o passar dos anos, os autores deste manual aprenderam que melhorar a capacidade de liderança, gestão e prática da boa governação daqueles que realmente "transformam o sistema de saúde em realidade" é uma das formas mais importantes de atingir as ambiciosas Metas de Desenvolvimento do Milénio. Mesmo em situações de pobreza, analfabetismo, discriminação e conflito, a existência de sistemas sólidos de gestão, de práticas de boa governação e de uma liderança que estabelece um sentido de direcção e inspira os seguidores, é vital para os serviços de saúde e os resultados obtidos nessa área.

Este manual é dedicado a todo o pessoal, de qualquer nível e em todo tipo de organização—grande ou pequena, pública ou privada—que se empenha por oferecer serviços de saúde a todos os que deles necessitam, onde quer que estejam ou vivam. As ideias, modelos e práticas apresentadas no manual já foram utilizadas em África, Ásia, Europa e Américas do Norte e do Sul. Representam o que há de melhor no pensamento académico do momento e as melhores práticas dos profissionais da área.

## Como transformar a frustração numa força de mudança

Os sistemas de saúde são complexos e tentar mudá-los é um grande desafio. Aqueles que lutam com sistemas de saúde de funcionamento insatisfatório podem usar sua frustração como uma força que leva à acção ou à inércia.

Em todo o mundo existem casos de gestores e prestadores de serviços de saúde que manifestam abertamente sua frustração através de queixas ou de agressão ao sistema de saúde, no qual enxergam a origem de todos os seus problemas. Eles dizem: "Não é minha culpa!" ou "Não é meu problema!" Na outra ponta do espectro estão as pessoas que interiorizaram a sua frustração e se tornaram tão desestimuladas e desinteressadas que não conseguem mais ser eficazes. Essas pessoas geralmente dizem: "O facto é que não há nada que eu possa fazer."

Ambos os tipos de trabalhadores frustrados se vêem como vítimas, sem nenhum grau de controlo sobre os sistemas disfuncionais dentro dos quais trabalham. Eles podem ser encontrados em todos os níveis de uma organização, inclusive no escalão superior.

Uma terceira resposta é aquela que se encontra na raiz de todas as grandes transformações da sociedade: um sentimento de propósito, que surge a partir da indignação provocada pelo *status quo*, que faz a pessoa dizer: "Não vou mais aceitar este estado de coisas e, na verdade, vou tomar providências neste sentido." Esta atitude provoca um surto de energia que transforma gestores e serviços de saúde em agentes de mudança. Baseia-se na constatação de que os sistemas são criados por pessoas e podem, portanto, ser transformados também pelas pessoas. Quando as pessoas convidam outras a trabalharem juntas para mudar algo inaceitável, aí ocorre a verdadeira liderança. Este manual foi concebido para ajudá-lo(a) a se tornar um(a) agente eficaz de mudança e a alistar a participação dos outros para o bem geral de todos.

## Como construir sistemas de saúde funcionais

O propósito principal de um sistema de saúde é manter de forma equilibrada ou restituir a saúde de todas as pessoas às quais o sistema serve. Um sistema de saúde eficaz começa com pais que aprenderam as melhores maneiras de manter seus filhos saudáveis. Se a criança fica doente, a mãe pode trazê-la a uma clínica, consultar um profissional sem ter que esperar muito tempo e, finalmente, obter um diagnóstico correcto e um tratamento apropriado por parte de um pessoal de saúde bem preparado e supervisionado e que têm à mão os medicamentos necessários. Se, além disso, a mãe receber também informações e escolher espontaneamente um método de planeamento familiar para que não engravide imediatamente, o sistema de saúde está a cumprir o seu papel, ou seja, o de cuidar da saúde e da produtividade das pessoas para que possam contribuir ao desenvolvimento e prosperidade de todos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define um sistema de saúde como o conjunto das organizações, instituições e recursos cujo propósito básico comum é o de melhorar as condições de saúde. Este sistema de saúde mais amplo inclui todos os responsáveis pela boa saúde, desde a família numa aldeia rural ao cirurgião de um hospital da capital. Este sistema abarca o saneamento e a nutrição, envolve todos os ramos do governo e funciona tanto no sector público como na sociedade civil e nas entidades com fins lucrativos.

Seis pilares s englobam a estrutura da OMS para os sistemas de saúde. Eles são:

1. prestação de serviços
2. força de trabalho de saúde
3. informações
4. produtos médicos, vacinas e tecnologias
5. financiamento
6. liderança e governação (administração responsável)

Se todos os seis componentes funcionam de forma eficaz e atingem seus resultados esperados, a premissa é de que todo o sistema de saúde—que inclui organizações ou programas de saúde—é forte e eficaz.

Juntos, estes pilares constituem os alicerces dos sistemas de saúde que sustentam o acesso a serviços de alta qualidade, levando a resultados positivos de saúde para os utentes e as comunidades—especialmente os mais vulneráveis e insuficientemente servidos. Neste manual, tomamos esses seis pilares e lhe mostramos como fortalecê-los de forma a alinhá-los para alcançar resultados positivos de saúde. Eles são:

1. **liderança, governação e integração de género:** procedimentos e práticas—inclusive planeamento—que promovam o compromisso e responsabilidade (Capítulos 2, 3, 4, e 5);

## Uma forte liderança e gestão em acção para melhorar a saúde pública—Exemplos do Afeganistão, Brasil e Tanzânia

No **Afeganistão,** o Ministério da Saúde Pública contactou mais de 1.800 gestores de saúde em 13 províncias para conscientizá-los do seu papel de líderes e administradores do sistema de saúde. No âmbito de um programa apoiado pela USAID, esses gestores aumentaram a cobertura de vacinação e o acesso a serviços de planeamento familiar, do que resultou uma melhoria da saúde infantil e maternal. As melhorias mais significativas foram um aumento de quase 70% em partos nas unidades de saúde e um aumento de 28% em consultas sobre planeamento familiar.

No **Brasil,** a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará passou a exigir que os servidores públicos participassem de formação em liderança antes de se candidatarem a funções de gestão, o que acabou por eliminar o sistema de promoção automática. A melhoria dos resultados de saúde foi significativa: em um município, a mortalidade infantil caiu de 26 a 11 mortes por 1.000 nascidos vivos, enquanto a percentagem de mulheres que recebiam atendimento pré-natal aumentou de pouco mais de 50% a 80%. No total, 70% dos municípios que participaram do processo de desenvolvimento da liderança reduziram a mortalidade infantil, alguns em até 50%.

Na **Tanzânia,** onde muitas pessoas das áreas rurais buscam atendimento de saúde e medicamentos nas farmácias retalhistas, a MSH colaborou com o Governo da Tanzânia para criar o programa de Centros Credenciados de Dispensação de Medicamentos (ADDO, sigla em inglês). Uma avaliação feita antes do projecto mostrou que muitas vendiam ilegalmente os medicamentos de receita e que a maioria dos vendedores de medicamentos não estava suficientemente qualificada e formada. Para enfrentar esse desafio, o governo e a MSH criaram um programa que combinava formação, credenciamento, incentivos de negócios, e cumprimento regulatório. Uma pesquisa mostrou que só 14% dos vendedores de medicamentos dentro do programa ADDO forneciam o tratamento errado (antibióticos) para as infecções de trato respiratório superior, comparado 39% de uma pesquisa nacional.

2. **políticas e procedimentos de recursos humanos** que produzem uma força de trabalho com apoio e motivação (Capítulo 6);
3. **gestão financeira,** que no âmbito da contabilidade e orçamentação, a incluir a apresentação de relatórios e análises, tornam possível garantir que os recursos da organização sejam usados a serviço de sua missão e com o máximo de impacto, em conformidade com as leis e os requisitos dos doadores, de acordo com as normas éticas e as práticas operacionais seguras (Capítulo 7);
4. **gestão de medicamentos e suprimentos médicos** de forma que os produtos correctos sejam entregues nas quantidades exatas, no momento e no lugar mais apropriados—e, depois, usados adequadamente (Capítulo 8);
5. **informações de saúde associadas a práticas de monitoria e avaliação** que facilitam a resolução eficaz dos problemas, a tomada de decisões bem informadas, e a formulação de directrizes baseadas em evidências (Capítulo 9);
6. **prestação de serviços de saúde** que conta com o apoio de processos de gestão da qualidade e das necessidades básicas de saúde das populações a serem servidas (Capítulo 10).

Nesses capítulos, poderá examinar esses pilares mais de perto e os sistemas de gestão que os colocam em acção. Poderá considerar até que ponto sua organização tem conseguido criar sistemas funcionais que permitem a você, seus colegas e suas comunidades fornecerem serviços de saúde de alta qualidade a todas as pessoas.

Ao começar a se aprofundar nessas áreas, descobrirá o elemento central, que são as pessoas: aqueles que lideram, gerem e usam os sistemas. De um lado, está o pessoal de enfermagem, pessoal médico, trabalhadores comunitários de saúde, técnicos de laboratório, farmacêuticos, parteiras e administradores dos centros de saúde que lideram, governam; gestores de recursos humanos e financeiros, de suprimentos e de informações; e os prestadores dos serviços de saúde. Do outro lado, estão as pessoas nas cidades, vilas e áreas rurais que precisam de informações e apoio comunitário para adoptar comportamentos mais saudáveis.

A meta de oferecer um atendimento de saúde de melhor qualidade não pode ser alcançada sem a poderosa interacção desses dois grupos de pessoas. O fortalecimento dos sistemas de saúde é um exercício inócuo se esquecermos as pessoas que se encontram no centro de tudo.

Portanto, este manual mantém o foco sobre o elemento humano, que é o que define os sistemas de saúde "centrados nas pessoas". Ele explora as competências necessárias para liderar e gerir de tal forma que os responsáveis por prestar serviços de saúde às famílias e às comunidades se mantenham motivados, confiantes, plenamente apoiados e bem-sucedidos nas suas funções.

Talvez pense que os sistemas de saúde mais sólidos exigem grupos maiores de pessoal e equipamento mais sofisticado—especialmente computadores. Em organizações da sociedade civil pequenas e iniciantes, com pouco ou nenhum pessoal assalariado e sem nenhum computador, a ideia do fortalecimento dos sistemas pode parecer irrelevante, inicialmente. Mas um sistema não tem que ser necessariamente computadorizado. As organizações menores podem muitas vezes fazer seu trabalho manualmente até que se tornem grandes o suficiente para necessitar de processos mais informatizados. Mas antes disso, o fortalecimento dos sistemas significa simplesmente que as pessoas ficam mais conscientes das ligações que existem entre as acções empreendidas pelos vários trabalhadores. Elas percebem que um grupo de actividades mal executadas pode afectar outras actividades e, inversamente, a boa execução de um conjunto de actividades eleva o nível das outras actividades também. No nível mais básico, portanto, o trabalho de fortalecimento dos sistemas começa quando as pessoas simplesmente conversam entre si, ao promover alianças em prol de uma meta comum.

## A estrutura de fortalecimento dos sistemas de saúde centrada no pessoal

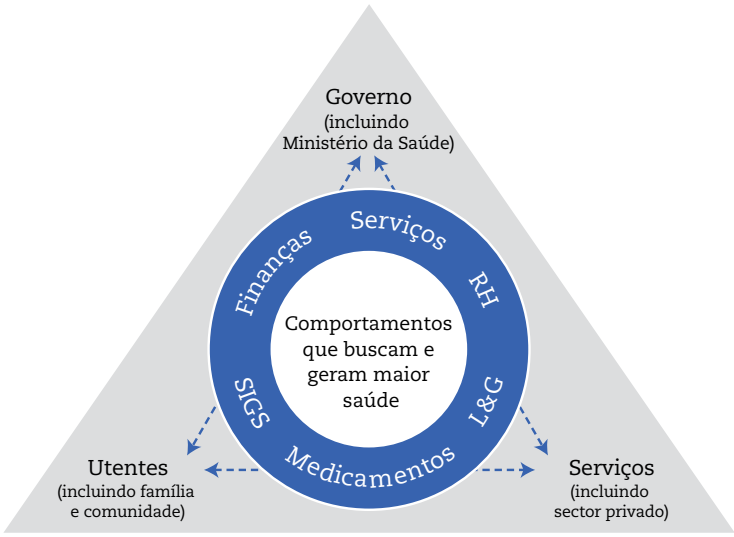
Antes de mais nada, vamos esclarecer alguns termos. A palavra "sistema" pode ser definida como um conjunto de entidades inter-actuantes ou inter-dependentes que formam um todo integrado. Dentro desta definição mais ampla, "sistema" pode se referir tanto a todo o sistema nacional de saúde, como aos vários sistemas de gestão que ajudam a organizar e monitorar o uso dos recursos. Esta dualidade pode criar uma certa confusão quando falamos de fortalecimento de sistemas de saúde.

Neste manual, usamos a palavra "sistema" em referência ao sistema de saúde como um todo. "Sistema de Gestão" se refere aos vários componentes do sistema geral de saúde, tais como o sistema de gestão financeira, o sistema de informações de gestão, ou o sistema de gestão de recursos humanos. E a palavra "subsistemas" se refere aos sistemas menores que se encaixam sob cada sistema de gestão e contribuem à sua eficácia.

Usando os pilares da OMS como inspiração, Management Sciences for Health adaptou a estrutura da OMS para criar a Estrutura de Fortalecimento de Sistemas de Saúde Centrada no Pessoal, que é mostrada na Figura 1.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

FIGURA 1. Estrutura de Fortalecimento dos Sistemas de Saúde Centrada no Pessoal




**LEGENDA:**
RH: Recursos Humanos
SIGS: Sistemas de Informações de Gestão de Saúde
L&G: Liderança e Governação

Essa figura ilustra como os vários sistemas de saúde funcionam como uma orquestra para fornecer o elo crítico entre os comportamentos voltados à saúde ou que geram saúde, por um lado (demanda), e as contribuições dos vários atores ou participantes do sistema de saúde como um todo.

É tão óbvio que são seres humanos que dirigem um sistema de saúde que, às vezes, ignoramos esse factor crítico, seja no sector público ou privado, com ou sem fins lucrativos. Dá-se muita atenção ao aspecto de processos dos sistemas. Muitas vezes são ignorados justamente aqueles que desenvolvem ou melhoram os processos e procedimentos para promover um fluxo ininterrupto de informações, dinheiro, medicamentos e pessoas dentro do sistema geral de saúde. A Estrutura de Fortalecimento de Sistemas de Saúde Centrada no Pessoal tenta remediar essa situação de desequilíbrio. Ela oferece uma forma de se pensar sobre este componente crítico de desempenho do sistema e, finalmente, de melhores resultados de saúde.

Quem são as pessoas nessa estrutura "centrada no pessoal"? O Quadro 1 as mostra como pessoas que desenvolvem os sistemas, usam os sistemas para executar seu trabalho e se beneficiam de sistemas sólidos.

Como pessoa responsável por um programa de saúde ou uma unidade de atendimento de saúde, você pode contribuir a uma população mais saudável ao se concentrar nas pessoas que precisam de habilidades e apoio para integrar e usar os seis blocos construtivos e os sistemas de gestão para prestar um atendimento de saúde de alta qualidade.

Talvez sua função profissional seja especializada. Ou talvez se concentre na recolha de informações, combinando-as com informações recebidas de outros e usando-as para garantir que haja um suprimento ininterrupto de medicamentos, vacinas e anticoncepcionais. Se trabalha na sede ou matriz, talvez sua atenção esteja concentrada em preencher os cargos de pessoal com indivíduos competentes. Ou talvez sua função inclua o atendimento de utentes, bem como trabalho de gestão.

**QUADRO 1. As pessoas no Centro dos Sistemas de Saúde**

**Gestores e administradores de saúde** que tem o conhecimento, as habilidades, a responsabilidade e a autoridade para montar e manter os sistemas de gestão necessários para prestar serviços de saúde;

**Pessoal de todos os níveis,** nomeadamente profissionais de atendimento de saúde e administradores, que usam os sistemas de gestão para lidar com os desafios e atingir resultados;

**Comunidades e famílias** que são informadas e potencializadas para promover sua própria saúde e que exigem serviços de qualidade;

**Utentes** que têm informações adequadas para usar os serviços de saúde apropriadamente e que não são impedidos pela baixa qualidade, custos elevados, disparidades de género, ou outras formas de discriminação.

Seja qual for seu papel ou função, você é tanto um contribuinte como um beneficiário dos papéis de sua organização e de sua comunidade nos sistemas de saúde do seu país. Um sistema mais sólido e eficiente melhorará a qualidade dos serviços, o que por sua vez estimulará utentes, famílias e comunidades a usar esses serviços e a adoptar práticas sólidas de saúde preventiva a buscar ajuda de forma oportuna, quando necessário. O resultado será uma prevenção, tratamento e cuidados que levam a uma redução da doença e da desnutrição para além de melhorar a saúde materna e reprodutiva.

## Concepção de sistemas de gestão com as pessoas em mente

As intervenções feitas com o fim de fortalecer os sistemas de gestão muitas vezes não funcionam devido à insuficiência de informações, porque as pessoas que administram os sistemas não foram incluídas plenamente no processo de concepção.

O capítulo 2 deste manual discute a exploração como uma prática de liderança que envolve a recolha de informações sobre a situação actual do seu ambiente de trabalho, de sua organização, sua equipa de trabalho e de si próprio. Você poderá formular melhores sistemas ao fazer perguntas sobre as pessoas que usarão esses sistemas.

- Quem são os gestores de saúde (administradores, pessoal médico, pessoal de enfermagem) que precisam de um melhor sistema de gestão?
- Quem será afectado pelas mudanças propostas? Eles acreditam que o novo e melhor sistema de gestão tornará seu trabalho mais fácil e mais eficaz? De que formas?
- Que papéis têm esses gestores de saúde e outros grupos de interesse e suas equipas na liderança e gestão do trabalho relacionado ao sistema de gestão em questão?
- Estão eles próprios conscientes de que existe uma lacuna de desempenho em sua unidade ou organização?
- Que desafios enfrentam as pessoas que usam os sistemas de gestão?
- De que aptidões, mentalidades e habilidades eles precisam para ter êxito?
- Como suas necessidades podem ser atendidas e como mantê-las atendidas ao longo do tempo?

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

- Que preparação (prévia ao trabalho) ou formação (no próprio trabalho) estão disponíveis e até que ponto são facilmente acessíveis?

As respostas a estas perguntas lhe serão inestimáveis para planejar e executar o trabalho de fortalecimento dos sistemas de gestão. Sua responsabilidade é garantir que o elemento humano não seja deixado ao acaso.

## Intervenções para construir sistemas de saúde mais robustos

Apesar de todos reconhecerem que o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde é um factor importante para tornar os serviços de saúde mais ágeis e eficazes, as pessoas nem sempre estão de acordo sobre que intervenções podem produzir esses resultados. Ao introduzir mudanças, talvez seja melhor fazê-lo de forma que unam as pessoas, em vez de separá-las; no entanto, pode não estar muito claro como atingir este segundo objectivo.

Você pode começar por reconhecer que, em qualquer nível, todos os sistemas de gestão têm algumas características em comum, algumas das quais poderão prejudicar o fortalecimento dos sistemas de saúde se não percebê-las e contrabalançá-las. Os sistemas de gestão transformam os materiais e recursos necessários para executar um plano de implementação (os "insumos" tais como dinheiro, equipamentos, tempo do pessoal e conhecimento especializado) em actividades ("produtos" tais como programas de formação, informação, comunicação para mudança de comportamento). Muitas vezes, os sistemas incorporam conhecimento especializado e experiência que facilitam (erroneamente) traçar um limite em torno de cada um.

Os especialistas têm a tendência de considerar "seu" sistema de gestão não só como capaz de funcionar de forma autónoma, mas também como essencial ao esforço de fortalecimento dos sistemas de saúde, o que leva à fragmentação do sistema de saúde como um todo. Além disso, há muitos que abordam o fortalecimento dos sistemas de saúde como se fosse um trabalho de reparos. Mas a ideia de "consertar" um sistema de saúde sugere algo mecânico, como se o fortalecimento fosse apenas uma questão de substituir peças quebradas ou religar tubos. A premissa é a de que, se você puder "consertar" um sistema de gestão particular, tal como o sistema de informações de saúde ou o sistema de gestão de recursos humanos, o sistema geral de saúde apresentará um melhor desempenho.

Em países do mundo inteiro, esta premissa demonstrou ser incorrecta. Um "conserto" poderá resolver um problema particular, mas se as questões subjacentes continuarem a existir, o mais provável é que surjam novos problemas. O fortalecimento dos sistemas de saúde exige tempo e reflexão cuidadosa. Ele coloca em jogo todas as práticas de gestão e liderança que você aprenderá no Capítulo 2 deste manual.

# O papel dos sistemas de gestão no fortalecimento dos sistemas de saúde

Os sistemas de gestão sólidos tornam as transacções de rotina sistemáticas, reproduzíveis, consistentes e completas. As informações críticas são bem documentadas, para que o sistema não dependa só do conhecimento de alguns indivíduos (que podem entrar e sair da organização), e a manutenção é contínua, para que o sistema permaneça ágil, sensível e actualizado.

## OS SISTEMAS DE GESTÃO SÃO GERIDOS POR PESSOAS— E AS PESSOAS AGEM DENTRO DE UM CONTEXTO

Os gestores e profissionais de saúde das unidades, ministérios, organizações não governamentais e da sociedade civil têm que operar e manter sistemas de gestão e continuar a prestação dos serviços depois que os especialistas técnicos deixarem o local. Como disse um gestor de saúde da Nicarágua há alguns anos: "Agora que já instalamos os sistemas, não temos ninguém para operá-los." O Ministério da Saúde do Quénia, no seu II Plano Estratégico Nacional do Sector de Saúde, 2005–10, chegou à mesma conclusão: "São as pessoas que fazem a prestação de serviços e os sistemas de apoio acontecerem." O relatório também observou que "líderes e gestores de saúde eficazes constituem a base para o sucesso da Visão 2030."

Os factores culturais ou organizacionais, se não abordados, podem prejudicar a capacidade das pessoas de usar um sistema com sucesso. Por exemplo, a criação de um currículo nacional de formação dos trabalhadores comunitários de saúde poderá exigir um nível educacional superior, que não existe em muitas áreas rurais. Se aqueles que preparam esse currículo deixam de explorar o ambiente e juntar informações sobre os formandos em potencial, os recursos humanos necessários poderiam falhar. Com melhores informações, os responsáveis ficariam cientes da necessidade de criar um currículo paralelo para os trabalhadores cuja capacidade de ler e escrever é apenas limitada.

## OS SISTEMAS DE GESTÃO ESTÃO CONECTADOS

Como ilustram estes exemplos, o sistema de saúde depende de sistemas e subsistemas de gestão que se superpõem e se interconectam. As mudanças feitas em um sistema podem provocar mudanças em outro sistema—mudanças estas que poderão não ser detectadas até que comecem a causar problemas. Por exemplo, com a informatização do sistema de gestão financeira de uma organização, a preparação de relatórios financeiros poderá levar menos tempo e, portanto, muitos funcionários poderão acumular outras responsabilidades ou então haverá talvez uma redução do pessoal de contabilidade. Nesse caso, o sistema de gestão de recursos humanos precisa estar totalmente alinhado para se compatibilizar com as mudanças introduzidas no sistema de gestão financeira.

Como descrito no Capítulo 10 deste manual, o ponto de prestação dos serviços é onde o sistema de saúde de um país encontra seus beneficiários, ou seja, onde utentes e profissionais interagem. Todo ponto de prestação de serviços—seja este um posto de saúde comunitária ou um hospital terciário na capital—tem seus próprios sistemas, que podem variar desde sofisticados bancos de dados, até simples listas de verificação, à base de lápis e papel. Em um sistema de saúde que funcione bem, os vários sistemas e subsistemas de gestão estão conectados e integrados de forma a prestar os melhores serviços de saúde possíveis aos beneficiários aos quais esses serviços se dirigem.

Essa interdependência de sistemas de nível superior e inferior tem consequências reais para o cumprimento do objectivo do sistema geral de saúde. Se um sistema funcional for modificado

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

ou subdividido, ou se partes dele forem removidas, ele não ficará simplesmente menor ou menos complexo. O mais provável é que se torne deficiente e não tenha mais um desempenho satisfatório (Colindres 2007, p. 39). Este é o risco de se trabalhar com um só componente do sistema de saúde, sem perceber ou se preocupar com o contexto mais amplo em que os serviços são prestados.

Durante algum tempo, isto poderá parecer sensato, porque a prestação dos serviços pode se dar mais rapidamente. Mas, a longo prazo, esse desenvolvimento desigual beneficiará alguns sistemas de gestão em detrimento de outros, e provocará desequilíbrios e desigualdades que podem perturbar o funcionamento do sistema de saúde como um todo.

## Práticas comprovadas

- Ao reconhecer que nenhum sistema pode funcionar sem pessoal qualificado e motivado, é preciso colocar, sempre, o pessoal em primeiro lugar quando projectar, modificar ou aperfeiçoar um sistema de gestão de saúde. Reconheça, apoie e recompense os membros do pessoal que assumem os papéis de liderança e gestão que fazem com que o sistema de saúde funcione todos os dias e em todos os níveis.

- Em vez de depender de especialistas externos para "consertar" as coisas, cuide para que os gestores e profissionais possam trabalhar lado a lado como parceiros dos especialistas técnicos. Isto reforçará a capacidade e confiança das pessoas que operarão e manterão os sistemas de gestão e prestarão os serviços quando os especialistas já tiverem ido embora.

- Mantenha os sistemas de gestão o mais práticos que for possível: sistemas de gestão extremamente complicados geralmente não podem ser sustentados quando o apoio externo terminar.

- Use a Estrutura de Fortalecimento dos Sistemas de Saúde Centrada no Pessoal para ajudar seu pessoal a perceber como cada sistema de gestão fortalece e apoia outros e como todos os sistemas funcionam juntos para permitir à organização cumprir sua missão.

## Glossário de termos de sistemas de saúde

**ponto de prestação de serviços:** Local físico (por exemplo, centro de saúde ou hospital) ou outro local de interacção (por exemplo, a Internet ou materiais impressos) onde profissionais de saúde e utentes interagem e onde se tem acesso e uso dos benefícios de um serviço.

**sistemas de gestão:** Os vários componentes do sistema geral de saúde que os gestores usam para planear, organizar e rastrear o uso dos recursos.

**sistema de saúde:** O conhecimento especializado, a estrutura e a organização que tornam possível a prestação dos serviços de saúde em todo o país, formados por liderança e governação; recursos humanos para a saúde; gestão financeira; informações de saúde; gestão de medicamentos; e prestação de serviços de saúde.

**sistema de saúde plenamente funcional:** Ponto no qual os vários sistemas e subsistemas de gestão estão conectados e integrados de forma a prestar os melhores serviços de saúde possíveis a todos os beneficiários a quem esses serviços se destinam.

**subsistemas:** Os sistemas menores que estão embutidos dentro de cada sistema de gestão e que contribuem à sua eficácia.

## Referências e recursos

Colindres, Hector. *Modernizing Health Institutions in Latin America.* Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2007.

Kenya, Republic of. "Reversing the Trends. The Second National Health Sector Strategic Plan of Kenya, 2005–2010." Ministério da Saúde, Secretaria de Reforma do Sector de Saúde, 2005, http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/796_1_796_1_NHSSP_II.pdf (acessado Dez. 1, 2009).

————. *Kenya Vision 2030* (versão popular). Nairobi, 2007, http://www.vision2030.go.ke/cms/vds/Popular_Version.pdf (acessado Jan. 29, 2015).

Organização Mundial da Saúde. "What Is a Health System?" Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2005, http://www.who.int/trade/glossary/story049/en/ (accessed July 1, 2009).

————. 2007. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action.* Genebra: Organização Mundial da Saúde, http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf (acessado August 3, 2014).

Quick, James C., et al. *The Financial Times Guide to Executive Health.* Harlow, Scotland: Pearson Education Ltd., 2002.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

CAPÍTULO 2

# Liderança e Gestão: Competências Críticas para o Fortalecimento dos Sistemas de Saúde

*Sylvia Vriesendorp*

1. Obter Resultados Através do Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
2. Liderança e Gestão: Competências Críticas para o Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
3. Governação de Sistemas de Saúde e Organizações de Saúde
4. Inclusão da Perspectiva de Género nos Sistemas de Saúde
5. Planear o Trabalho e Executar o Plano
6. Gestão de Recursos Humanos
7. Gestão das Finanças e dos Sistemas Relacionados
8. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde
9. Gestão das Informações: Monitoria e Avaliação
10. Gestão da Prestação de Serviços de Saúde

Os sistemas de saúde centrados no pessoal não podem ser fortalecidos sem uma boa gestão e liderança. Neste capítulo, mostraremos como você, como gestor de um programa de saúde ou de serviços de saúde, pode aplicar as práticas já demonstradas de gestão e liderança para enfrentar os seus desafios actuais. Também consideramos a boa governação como um aspecto da boa liderança e, por isto, dedicamos o Capítulo 3 a esse tópico tão importante.

As habilidades de liderança e gestão são necessárias em todos os níveis do sistema de saúde. Este capítulo aclara esse tópico ao focalizar os comportamentos que gestores e profissionais podem usar em qualquer situação, seja num posto de saúde comunitário ou no Ministério da Saúde de um país. Discutimos o caso especial de liderança entre gestores de saúde de nível superior porque uma saída do caminho ou confusões nesse nível, podem ter consequências enormes. Finalmente, apresentamos uma abordagem de aprendizagem de acções simples para aplicar práticas mais sólidas de gestão e liderança e superar ou vencer os desafios.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

# Introdução

Milhões de pessoas ainda morrem todo ano devido a doenças infecciosas e outras causas evitáveis, não obstante o volume de recursos que investimos na melhoria dos serviços de saúde, sistemas de saúde, campanhas educacionais, treinamento dos trabalhadores de saúde, equipamentos e instalações. De um ponto de vista clínico, sabemos o que fazer para salvar vidas e reduzir significativamente as enfermidades. A expansão dessas intervenções de alto impacto e das melhores práticas comprovadas é essencial para impedir mortes evitáveis, conseguir melhorias substanciais de saúde em escala nacional e manter-se na trilha certa para alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milénio na área de saúde. Mas uma expansão dessa ordem não acontece sem uma liderança inspirada e uma gestão bem qualificada.

Não é preciso ser a Madre Teresa, Mohandas Gandhi, Nelson Mandela ou a Prémio Nobel da Paz, a guatemalteca Rigoberta Menchú, para fazer uma diferença na vida de outras pessoas. Diferentemente desses heróis, você não tem que fazer enormes sacrifícios pessoais. Basta ser como muitos gestores e profissionais de atendimento de saúde que, sem muito alarde e sem grande sacrifício pessoal, realizaram mudanças críticas em suas organizações que lhes permitiram oferecer bons serviços e promover a boa saúde de seus clientes. Acreditamos que você também pode se unir a essas pessoa para se tornar um gestor que também lidera.

Onde quer que você se situe na hierarquia de sua organização, provavelmente terá um misto de responsabilidades que exigem habilidades de gestão, liderança e governação. Por isso, este manual é dirigido a você. Considere o tempo que vai gastar para lê-lo como um investimento não só em sua própria carreira, mas também no desempenho de sua equipa imediata e de toda a sua organização. Trata-se de um recurso para ajudá-lo a se tornar mais consciente e disciplinado quanto à aplicação dos 5 elementos críticos do sucesso organizacional:

1. a prática intencional de boa liderança e gestão;
2. sistemas de gestão robustos;
3. boa governação;
4. a aplicação bem reflectida dos princípios da gestão das mudanças;
5. o estabelecimento de um clima de trabalho encorajador.

Estes cinco elementos são relevantes para cada um dos sistemas de gestão descritos neste manual. Eles padronizam e organizam os processos para uma variedade de tarefas organizacionais, tais como trabalhar com o conselho de administração; fazer planos de curto e longo prazo; contratar, despedir e promover funcionários; contabilizar despesas e resultados; fazer pedidos de medicamentos; e medir os resultados de seu trabalho.

## APRENDER A GERIR E LIDERAR

Você já sabe muito do que é preciso saber sobre gestão e liderança. Se usar o que já sabe de forma mais consciente, sistemática e intencional, poderá se tornar o que chamamos de "um gestor que também lidera" (veja o Quadro 1). Este manual complementa o que você já sabe com aquilo que gostaria de aprender.

O objectivo é que você possa gerir e liderar melhor para que sua equipa, unidade ou organização possa usar integralmente e continuar a desenvolver seu potencial para transformar os recursos humanos e financeiros, além de outros insumos, em serviços aperfeiçoados e, finalmente, em melhores resultados de saúde para seus clientes.

### MELHORIA DO CLIMA DE TRABALHO

"Clima de trabalho" é um termo para descrever a atmosfera prevalente no local de trabalho, da forma que os funcionários a experimentam, ou seja, como se sente uma pessoa ao trabalhar num grupo. A experiência já vivida em vários ambientes demonstra que surgem muitas mudanças positivas quando o clima de trabalho melhora. As pessoas ficam mais solidárias e compassivas e menos impacientes umas com as outras e seu compromisso e energia aumentam. As pessoas prestam mais atenção à qualidade do seu trabalho e fazem o que precisa ser feito, mesmo que não seja exactamente a sua função ou que exija delas mais horas de trabalho.

### APLICAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA GESTÃO DAS MUDANÇAS

Se mantiver olhos e ouvidos abertos, poderá geralmente detectar quando uma mudança se faz necessária antes que ocorra uma crise. As mudanças do ambiente externo podem sinalizar a necessidade de ajustar a forma de execução de algo em sua organização ou sua equipa. Por exemplo, os sistemas talvez precisem ser actualizados ou adaptados, o pessoal talvez precise modificar suas funções, ou talvez você precise medir diferentes aspectos do seu trabalho. Certas habilidades poderão se tornar obsoletas ou irrelevantes e o pessoal talvez precise aprender novas habilidades.

A mudança pode ser difícil de administrar. Muitas vezes, terá que mudar não só os sistemas, mas também o seu próprio comportamento e, depois, servir de modelo desse novo comportamento para as pessoas dos escalões inferiores. Leia mais sobre o papel do líder na promoção da mudança em *Gestores Que Lideram.*

## Quando os gestores lideram: um caminho que leva a resultados

> *O servidor-líder é, primeiro, um servidor. Tudo começa com o sentimento natural da pessoa de querer servir. Depois, a escolha consciente faz com que a pessoa aspire a liderar. O melhor teste é: as pessoas servidas se desenvolvem como pessoas? Enquanto são servidas, elas se tornam mais saudáveis, sábias, livres, mais autónomas e mais inclinadas a se tornarem servidoras elas próprias?*
>
> Robert K. Greenleaf
> *O Poder da Liderança do Servidor*

Se foi recentemente alçado a uma posição de gestão de nível médio ou superior, provavelmente tem muitas perguntas relacionadas às suas novas responsabilidades de gestão e liderança, mas poucas pessoas a quem pedir ajuda. Afinal, você foi promovido porque fazia bem o seu trabalho. Admitir que não sabe exactamente como fazer algo pode ser embaraçoso ou, no mínimo, incómodo, especialmente se tiver que perguntar a um membro da sua equipa mais jovem ou menos experiente que você.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Algumas das perguntas que ouvimos de pessoas que foram promovidas a posições onde suas habilidades técnicas e clínicas são menos importantes que suas habilidades de gestão e liderança, são:

- Como posso dar apoio ao meu pessoal em vez de controlá-los, para ajudá-los a assumir e enfrentar os desafios e aprender como encontrar seu caminho através dos mesmos?
- Como posso inspirar uma equipa que se encontra desanimada e desmotivada e encorajá-la a ter iniciativa e agir responsavelmente, apesar de não termos recursos suficientes e trabalharmos em condições muito difíceis?
- Como posso reduzir as tomadas de decisões arbitrárias, o trabalho apenas intuitivo e as crises de última hora que acabam a utilizar grandes volumes de recursos e criar mais stresse?
- Como agilizar e sistematizar o fluxo de informações para reduzir o desperdício ou o uso indevido dos recursos?
- Como convencer meu pessoal a usar os sistemas existentes de maneira mais completa?

São perguntas como estas que nos levaram a escrever este manual. Esperamos que ele o ajude a encontrar respostas e informações práticas que não pode encontrar em outras partes. Também esperamos que adquira aqui estratégias para desenvolver suas habilidades de gestão e liderança e se orgulhe, assim, dos resultados que você e sua equipa produzirem. Esperamos, sobretudo, que adquira a confiança de que está contribuindo positivamente para melhorar o empenho e a motivação das pessoas com quem trabalha e que, finalmente, isto se traduza em melhor saúde das pessoas a quem serve.

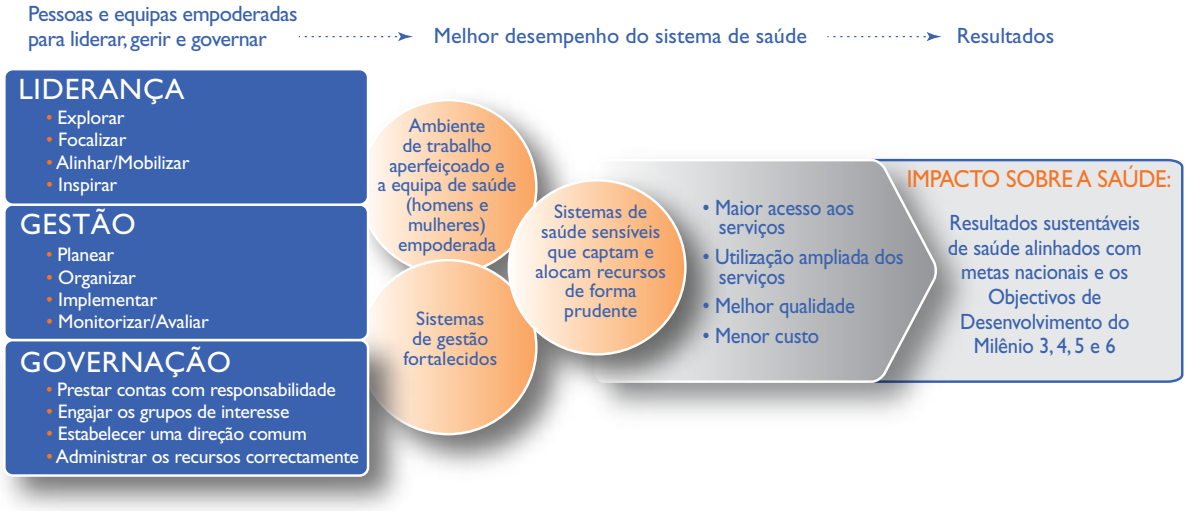
## De uma melhor liderança e gestão para melhores resultados de saúde

Depois de muitos anos de atenta observação de líderes eficazes na área de saúde pública, a Management Sciences for Health (MSH) e seus parceiros no campo escolheram, cuidadosaamente, 12 práticas críticas que descrevem o comportamento dos gestores que lideram. Essas práticas estão divididas segundo as 3 áreas de liderança, gestão e governação. A Figura 1 mostra como essas práticas contribuem a melhores serviços e resultados de saúde.

Os profissionais de saúde em níveis diferentes do sistema de saúde, e com antecedentes e responsabilidades de gestão os mais variados, já constataram que um entendimento dessas práticas ajuda-os a liderar e gerir de forma mais eficaz. Quer tenham experimentado ou sido promovidos recentemente a posições ou cargos de autoridade, os gestores descobrem que quando começam a usar a linguagem típica dessas práticas (“Acho que precisamos nos engajar em mais exploração no momento.” ou “Vamos focalizar as mudanças mais importantes nas quais podemos começar agora!” ou então “Quais são os nossos grupos de interesse mais importantes e como podemos alinhá-los?” ou “Este é o momento de reconhecer o trabalho dos profissionais que atendem na linha de frente!”) e implementar as práticas em seus locais de trabalho, eles começam a ver mudanças.

Essas práticas melhoram o ambiente de trabalho de tal forma que tanto trabalhadores como trabalhadoras de saúde se sentem potencializados e motivados a fazer o máximo de esforço. Eles garantem que os sistemas de gestão sejam ágeis e firmes, tornando as tarefas de gestão mais fáceis de executar. Garantem que o sistema de saúde responde com presteza à mudança

FIGURA 1. Modelo de Liderança, Gestão e Governação para Obter Resultados




das circunstâncias e necessidades, ao captar e distribuir recursos de forma prudente. Mais importante, começam a tomar como seus os desafios, ao invés de esperar que outros resolvam os problemas para eles. Sabemos que essas mudanças resultam num melhor acesso aos serviços, no aumento da utilização dos serviços, em melhor qualidade e menores custos, e que contribuem ao impacto final de resultados sustentáveis de saúde, o qual se alinha com os objectivos nacionais de saúde e com as Metas de Desenvolvimento do Milénio 3, 4, 5 e 6.

O Modelo de Liderança, Gestão e Governação para Obter Resultados serve como um guião de viagem para orientar você, sua equipa e sua organização a oferecer melhores serviços e obter melhores resultados de saúde. Ao segui-lo, poderá transformar funcionários desanimados e passivos em gestores activos com papel de liderança. Depois de começar, uma mudança levará a outra e você constatará melhorias no espírito da equipa, no atendimento ao cliente, na qualidade e mesmo no ambiente físico em que as pessoas trabalham.

A criação dessas transformações é um acto de liderança que transferirá poder à sua equipa. Os membros aprenderão na prática e se tornarão mais sistemáticos na forma em que eles próprios exercem a gestão e a liderança.

## O DESAFIO

Muitos dos problemas de desempenho no sistema de saúde—por exemplo, uma cadeia de suprimento interrompida, aumento das infecções hospitalares, mau atendimento aos utentes, vazamentos dos suprimentos, ou baixo moral do pessoal—estão relacionados a habilidades reduzidas ou ausentes nas áreas de gestão, governação e liderança. O pessoal médico ou de enfermagem encarregado dessas instalações ou unidades talvez não tenha a confiança ou as habilidades para tratar de desafios particulares, por exemplo, lidar com queixas do pessoal, preparar um orçamento, ou inspirar o pessoal quanto ao trabalho, só para mencionar alguns. A ausência dessas habilidades pode não ser vista como um problema—até que surja uma crise que exija atenção imediata, recursos adicionais, e deixar de lado outras actividades menos urgentes (no momento) que poderiam prevenir crises futuras. Toda crise coloca em movimento uma reacção em cadeia; quanto menos hábil a resposta, mais longa ou maior será a crise.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Numa pesquisa recente no Quénia, vários profissionais de saúde comentaram sobre sua falta de preparo para gerir. Ouvimos comentários tais como: "Estou preparado para resolver os problemas dos utentes, mas resolver problemas do pessoal é bem diferente" ou "O que sabemos sobre gestão é o que aprendemos no trabalho. Minha formação é para fazer trabalho técnico, mas agora passei para a área de trabalho de saúde pública e tenho que fazer trabalho de gestão". Uma gestora de nível superior do Afeganistão revelou que estava bem preparada para suas obrigações clínicas, mas totalmente despreparada para lidar com a política e a dinâmica das mudanças ou com a relutância dos empregados do sexo masculino em seguir uma direcção dada por uma mulher.

As responsabilidades de liderança, governação e gestão exigem habilidades que podem ser aprendidas e praticadas. Se não for familiarizado com essas práticas, poderá aprender como fazer a prestação de contas, estabelecer uma direcção, gerir com seriedade os recursos, e como engajar as partes interessadas. Se o fizer, estará praticando a boa governação—como discutimos em maior detalhe no Capítulo 3. Você poderá aprender como explorar o seu ambiente quando faltar informação de importância crítica, ou a focalizar melhor as actividades quando houver demasiado a fazer. Poderá aprender a alinhar os outros e mobilizá-los em apoio à sua causa e inspirar as pessoas quando as coisas ficarem mais difíceis. Se fizer isto, estará praticando a boa liderança. Finalmente, poderá aprender como planear, organizar, executar, monitorar e avaliar, sem ter que obter um diploma académico nessas disciplinas. Se fizer isto, estará também a praticar a boa gestão.

Infelizmente, as técnicas de gestão e liderança raramente são incluídas na formação dos profissionais de saúde e são desenvolvidas muito pouco enquanto as pessoas se concentram na consolidação de suas aptidões técnicas. A intensidade de muitos programas académicos reserva pouco tempo para tópicos que não são considerados como de relevância imediata para a formação do pessoal aspirante médico e de enfermagem. E até os administradores hospitalares já confessaram que sua preparação para as funções de gestão e liderança foi demasiado teórica para ter utilidade na vida real. Portanto, parece que a maioria dos profissionais de saúde se inicia no local de trabalho mal preparados para o que lhes espera.

## Como desenvolver gestores que também são líderes

### GESTÃO E LIDERANÇA: QUAL É A DIFERENÇA

Gestão e liderança estão sempre juntas, cada uma a contribuir a um objectivo comum, mas de forma complementar. Como as duas funções são complementares, o conceito de "gestores que lideram" passou a ser aceito como uma abordagem holística para a operação de um programa, organização ou instalação de atendimento de saúde. A governação também é relevante, por ser intimamente ligada à gestão e à liderança (veja o Quadro 1).

Se qualquer uma destas funções estiver ausente, os resultados serão medíocres ou até totalmente insatisfatórios. Para examinar mais de perto o desafio de preparar melhor os profissionais de saúde para gerir e liderar, temos que distinguir as duas funções.

Definimos "gerir" como planear e usar recursos de forma eficaz para produzir os resultados esperados. Gerir é concentrar-se para garantir que as operações actuais vão bem. Isto inclui ter certeza de que nosso recurso mais precioso—a energia do pessoal para se esforçar ao máximo no seu trabalho actual—não será desperdiçado em actividades desnecessárias ou desmotivadoras, perdido em razão de práticas injustas, ou ainda dilapidado por ter que resolver problemas que poderiam ter sido evitados.

Definimos "liderar" como mobilizar outras pessoas a imaginar e realizar um futuro melhor. Liderar tem a ver com o futuro. Está relacionado com a criação de um trabalho que gera novas energias ou reactiva habilidades não exploradas que estavam dormentes, porque não havia em que aplicá-las.

Como descrito no Quadro 1, a ideia de gestores que lideram também tem um aspecto de governação: a capacidade de cultivar a prestação de contas do ponto de vista financeiro e programático, o engajamento das partes interessadas, o estabelecimento de uma direcção comum, e a administração idónea dos recursos—sendo que cada uma destas práticas se apoia nas práticas de gestão e liderança. O Capítulo 3 deste manual discute em maior detalhe este aspecto.

Como um gestor que lidera, você habilita a si e a outras pessoas a estabelecer uma direcção, a enfrentar desafios e alcançar os resultados esperados. A produção de resultados é o que diferencia um gestor que lidera de outras pessoas consideradas oficialmente como gestores ou líderes, mas que são ineficazes quando se trata de melhorar a saúde das pessoas a quem devem servir. Quando nos referimos a resultados, queremos dizer maior acesso aos serviços, sobretudo por parte daqueles geralmente deixados de fora; utilização mais ampla dos serviços, especialmente por aqueles que tradicionalmente, por várias razões, não têm usado os serviços disponíveis; melhor qualidade, tanto em termos das melhores práticas baseadas em evidências e clinicamente sólidas, como em termos das respostas dos clientes; e, finalmente, menores custos em função de menor desperdício e uso mais eficaz e eficiente dos recursos disponíveis.

**Liderar sem gerir.** Se liderar sem gerir, apesar de ser possível criar um surto de energia em torno de uma visão futura, é pouco provável que consiga organizar e implementar as actividades que fazem com que as coisas aconteçam. É como ser o encarregado do programa de exploração espacial e ficar a olhar sonhadoramente a lua sem fazer planos coerentes, sem organizar a formação e o equipamento necessários para os astronautas, e sem acompanhar o progresso do lançamento para a lua. As habilidades sólidas de gestão diminuirão a quantidade de energia que você e sua equipa desperdiçam quando os procedimentos e processos são excessivamente complexos, quando não são relacionados claramente aos resultados desejados, e quando são injustos. Sua capacidade de gerir permitirá que você e sua equipa se movimentem rápida e eficientemente em direcção ao futuro desejado.

### QUADRO 1. Gestores que lideram e a governação

Usamos o termo "gestores que lideram" porque aprendemos com os anos que gerir por si só, ou liderar por si só, não são suficientes. Se considerar que liderar é garantir que as coisas estejam funcionando bem no presente, e liderar é sobre o futuro, então uma sem a outra é algo incompleto. E agora, com a ênfase renovada na boa governação, reconhecemos que um "gestor que lidera" também tem que praticar a boa governação. Boa governação tem a ver com tomar decisões baseadas em informações, evidências e valores e processos comuns que são transparentes, inclusivos e respondem agilmente às necessidades das pessoas sendo servidas. A boa governação significa que os tomadores de decisões deverão prestar contas de seus actos e que os objectivos estratégicos são alcançados de forma eficaz, eficiente, ética e equitativa, enquanto se garante que a vitalidade do ministério ou da organização é mantida.

O Capítulo 3 do manual é sobre a governação. Outro recurso disponível é o website do Projecto de Liderança, Gestão e Governação.

**Gerir sem liderar.** É como se fosse um rato numa esteira rolante: ele exerce uma actividade intensa, gasta muita energia, mas não chega a lugar algum. Ao se concentrar só na gestão, você perde de vista a visão, o ambiente em mudança e a necessidade de se preparar para o futuro. Se liderar bem, aumentará a energia e o empenho de sua equipa e obterá o apoio das partes interessadas, cuja participação é crítica para o sucesso.

**Gerir ou liderar sem uma boa governação.** A boa governação também é essencial. Com boa governação, por exemplo, as pessoas certas são responsabilizadas pelos erros ou pelo mau desempenho, os processos de tomada de decisões ficam transparentes e não opacos, e o aspecto político não domina, prejudicando a justiça e a equidade. Na ausência da boa governação, não importa quanto a liderança consegue inspirar e atrair seguidores ou quão sólidas são as práticas de gestão. Se a gestão, liderança e boa governação não estiverem todas em operação, o interesse mais amplo não pode ser servido e as pessoas sofrerão as consequências.

## PRINCÍPIOS PARA DESENVOLVER GESTORES QUE LIDERAM

Quanto mais uma organização reconhece a importância das habilidades de gestão e liderança do seu pessoal, melhor ela funcionará. A observação mundial das práticas de gestores que habilitam a si próprios e a outros para enfrentar desafios e produzir resultados levou ao estabelecimento de alguns princípios simples para desenvolver os gestores que também lideram.

**Focalize os resultados de saúde.** Uma boa gestão e liderança em saúde conduzem a melhorias mensuráveis dos serviços e resultados de saúde. Desde que focalize os verdadeiros desafios organizacionais e se comprometa publicamente a produzir resultados mensuráveis (ao assumir a responsabilidade), suas habilidades melhoradas farão toda a diferença.

**Pratique a liderança e a boa gestão em todos os níveis.** Suas habilidades nessas áreas interessam à sua equipa e todos aqueles que se beneficiam do melhor desempenho de sua equipa, seja onde for que trabalhe e em que nível da organização. Suas habilidades são relevantes, quer você seja um trabalhador de saúde comunitário ou o director geral, um supervisor ou o reitor de uma escola de medicina.

**Você pode aprender a liderar e gerir melhor.** Três processos podem ajudá-lo a aprender e melhorar suas práticas de liderança e gestão: desafio, retroinformação e apoio. Se qualquer um desses aspectos for deixado de fora, é pouco provável que consiga aprender e crescer em seu papel como um gestor que também lidera.

**Aprender a liderar e gerir requer tempo e prática.** Liderar e gerir consiste de habilidades, conhecimento e atitudes que você só aprende com muita prática. Quanto mais cedo começar a praticar, melhor.

**Sustentar o progresso através dos sistemas de gestão.** Os ganhos em saúde só podem ser sustentados se garantirmos que as práticas de liderança e gestão serão usadas em todos os serviços de saúde e apoiadas por sistemas e processos organizacionais para administrar a governação, planeamento, recursos humanos, suprimentos e medicamentos e, finalmente, informações.

## FIGURA 2. Quadro da Liderança e Gestão

### Liderança

#### EXPLORAR

- identificar as necessidades e prioridades de utentes e partes interessadas
- reconhecer tendências, oportunidades e riscos que afectam a organização
- buscar as melhores práticas
- identificar as capacidades e restrições do pessoal
- conhecer a si próprio, ao seu pessoal e à sua organização – valores, forças e fraquezas

RESULTADO ORGANIZACIONAL

Os gestores têm conhecimento válido e actualizado de seus utentes e da organização e seu contexto; sabem como seu comportamento afecta os outros.

#### FOCALIZAR

- articular a missão e a estratégia da organização
- identificar os desafios críticos
- ligar os objectivos com a estratégia organizacional geral
- determinar as prioridades-chave para a acção
- criar uma visão comum dos resultados esperados

RESULTADO ORGANIZACIONAL

O trabalho da organização é norteado por uma missão, estratégia e prioridades claras e bem definidas.

#### ALINHAR/MOBILIZAR

- assegurar a congruência dos valores, missão, estratégia, estrutura, sistemas e acções diárias
- facilitar o trabalho da equipa
- unir as principais partes interessadas em torno de uma visão inspiradora
- ligar as metas com os prémios e reconhecimento
- alistar as partes interessadas a comprometer recursos

RESULTADO ORGANIZACIONAL

As partes interessadas internas e externas entendem e apoiam as metias da organização e mobilizaram recursos para atingir essas metas

#### INSPIRAR

- fazer corresponder as acções com as palavras
- demonstrar honestidade nas interacções
- demonstrar confiança na equipa, reconhecer as contribuições dos outros
- trazer desafios, retroinformação e suporte ao pessoal
- ser um modelo de criatividade, inovação e aprendizagem

RESULTADO ORGANIZACIONAL

O clima da organização é de aprendizagem contínua e o pessoal demonstra seu compromisso, mesmo quando ocorrem retrocessos.

### Gestão

#### PLANEAR

- estabelecer metas organizacionais e objectivos de desempenho de curto prazo
- elaborar planos anuais e multianuais
- alocar recursos adequados (dinheiro, pessoal e materiais)
- prever e reduzir riscos

RESULTADO ORGANIZACIONAL

A organização definiu os resultados, designou recursos e desenvolveu um plano operacional.

#### ORGANIZAR

- desenvolver uma estrutura que oferece e promove a prestação de contas e define a autoridade
- assegurar que os sistemas de gestão de recursos humanos, finanças, logística, garantia de qualidade, operações, informações e marketing apoiam efectivamente o plano
- fortalecer os processos de trabalho para implementar o plano
- alinhar a capacidade do pessoal com as actividades planeadas

RESULTADO ORGANIZACIONAL

A organização tem estruturas, sistemas e processos funcionais para operações eficientes; o pessoal está organizado e ciente das responsabilidades e expectativas da sua função.

#### IMPLEMENTAR

- integrar os sistemas e coordenar o fluxo de trabalho
- equilibrar as exigências concorrentes
- usar dados rotineiramente para a tomada de decisões
- coordenar as actividades com outros programas e sectores
- ajustar os planos e recursos conforme mudem as circunstâncias

RESULTADO ORGANIZACIONAL

As actividades são realizadas de forma eficiente, eficaz e responsável.

#### MONITORAR E AVALIAR

- monitorar e reflectir sobre o progresso comparado aos planos
- fornecer retroinformação
- identificar mudanças necessárias
- melhorar os processos, procedimentos e ferramentas de trabalho

RESULTADO ORGANIZACIONAL

A organização actualiza continuamente as informações sobre a situação das realizações e resultados e aplica uma aprendizagem e conhecimento contínuos.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## Gestão e liderança em acção

Liderança e gestão são comportamentos—que podem ser mudados—e não características da personalidade—que, geralmente, não podem ser mudadas. As práticas que permitem aos grupos de trabalho e às organizações enfrentarem os desafios e alcançar resultados são exibidas na Figura 2.

A seguir apresentamos uma discussão de cada uma das práticas de liderança e gestão. Apesar de poder estudá-las separadamente, você precisa de todas para saber gerir e liderar.

### AS PRÁTICAS DA LIDERANÇA

Definimos a liderança como um conjunto de práticas que você utiliza para mobilizar-se a si e aos outros, para imaginar e realizar um futuro melhor. As práticas da liderança são explorar, focalizar, alinhar/mobilizar, e inspirar.

**Explorar.** Os gestores que lideram e encorajam as suas equipas a explorar seus ambientes, organizações, equipas e a si próprios. Explorar inclui pedir a retroinformação dos utentes, colegas, supervisores, comunidades e do sistema para se manter informado sobre as mudanças ou eventos que podem exigir ajustes das estratégias e planos.

Um gestor que pede retroinformação dos utentes ou membros da comunidade, está a explorá-la. Como também um administrador de saúde que lê um relatório de avaliação ou uma nova directiva governamental sobre prioridades nacionais ou provinciais. Um agente comunitário de saúde que pergunta aos seus quais são as enfermidades mais comuns numa aldeia está também a explorar. Um trabalhador de enfermagem que aprende sobre novas técnicas de aconselhamento ou se informa sobre os mais recentes protocolos de tratamento está a explorar.

A exploração implica em obter informações para que se possa actuar sobre elas, independentemente de onde esteja colocado no sistema mais amplo de atendimento de saúde. Uma habilidade crítica para a exploração é a capacidade para ouvir os outros, nomeadamente aqueles cujas vozes nem sempre são ouvidas porque não têm muito poder.

A exploração se torna particularmente importante quando existem muitas visões ou opiniões diferentes e quando os factos não são fáceis de confirmar. Tente formar o hábito de se perguntar: "Sabemos o suficiente sobre o assunto para tomar uma decisão ou há algo que devemos examinar antes de mais nada?". Evidentemente, para muita gente, este é um hábito que leva a nunca tomar uma decisão pois sempre há mais alguma informação para obter. Para estes, a focalização é a área onde devem se concentrar.

> Uma actividade particular de exploração é analisar as partes interessadas no seu caso. Veja o exercício sobre análise dos interesses e preocupações dessas partes no *Toolkit dos Gestores que Lideram*, nas páginas 195–198.

**Focalizar.** Os gestores que lideram focalizam seu tempo, energia e recursos limitados nas pessoas e actividades que são mais importantes. Como saber o que é mais importante e como estabelecer prioridades? Você utiliza as informações obtidas com a prática de explorar, fazendo-as passar por um filtro constituído de critérios tais como: "profundamente importante para a sobrevivência da organização"; "pode ser feita rapidamente e sem muitos recursos, levando a vitórias rápidas e maior motivação"; "afecta o maior número de pessoas com a menor quantidade de dinheiro"; ou "ninguém está a fazer isto agora"; e assim sucessivamente.

Saber administrar seu tempo é focalizar, porque o tempo é um recurso escasso. Como são escassos a sua energia, os fundos disponíveis e a sua força de trabalho, que quase sempre são insuficientes para as tarefas que precisam ser feitas.

Como um gestor que lidera, se quiser atingir seus objectivos, terá que garantir que atenção seja dada primeiro às pessoas e às questões que a demandam. Isto significa entender as causas raízes das frequentes faltas de estoque de medicamentos e tomar providências para que essas faltas virem coisa do passado. Significa lidar com as questões relativas ao moral do pessoal, quando interferem com a produtividade e a qualidade, e focalizar nas mudanças que realmente mudam o rumo das coisas.

Focalizar exige um entendimento claro do que é importante e procura garantir que uma questão importante seja sempre examinada, apesar de surgirem outras que parecem mais urgentes, mas não são tão importantes. (Veja a Matriz do Importante e do Urgente na página 215 do *Toolkit dos Gestores que Lideram*.) Provavelmente, você terá sempre mais trabalho do que tem condições de fazer. Desenvolva a habilidade crucial de decidir sobre o que não fazer.

**Alinhar e mobilizar.** Um gestor que lidera alinha e mobiliza os outros a atingir os objectivos. Isto significa buscar outros grupos ou pessoas cujos objectivos estejam alinhados com os seus e convencê-los a trabalhar lado a lado com você. Talvez tenha também que estender a mão às pessoas que não compartilham completamente dos seus objectivos, mas cujo apoio é tão essencial que você não pode avançar sem elas. Poderá ainda ter que lidar com indivíduos ou grupos que sabotam ou escondem o seu trabalho.

No entanto, sua liderança poderá convencer muitos outros a seguir em frente com você, pois é isto que queremos dizer com mobilizar, ou seja, participar de campanhas, falar com as pessoas afectadas pelo seu trabalho, e convencê-las de que seu apoio produzirá bons resultados tanto para elas como para os grupos de interesse com quem elas trabalham.

A luta em defesa de um serviço ou um comportamento que você deseja ver nos outros é uma forma de alinhar e mobilizar. A técnica essencial necessária para esta prática é a de poder se ligar e trabalhar com os, para alcançar uma visão comum, ao ultrapassar as barreiras de género, de situação profissional, de idioma, de antecedentes culturais ou inclinações políticas.

**Inspirar.** "Inspirar" significa literalmente "dar um sopro de vida" em alguma coisa. Podemos nos inspirar com pessoas que acreditam no que fazem, que se dedicam a uma causa, e que sabem que outros também se dedicam. São pessoas cujo exemplo nos leva a seguir os seus passos. Aqueles que nos inspiram podem ser heróis ou familiares, amigos, colegas, professores, políticos ou figuras religiosas.

Não é preciso ser famoso ou um excelente orador para inspirar os outros. Os supervisores podem inspirar seu pessoal quando:

- cuidam dos interesses das pessoas que supervisionam;
- encorajam essas pessoas a serem as melhores que for possível;
- criam um ambiente onde os empregados podem usar sua criatividade;
- reconhecem os esforços e sucessos ou os pequenos actos de compromisso e cuidado;
- dedicam o tempo necessário para transformar fracassos em sucessos.

As pessoas que inspiram podem aproveitar o vasto reservatório de energia que não é usado quando as pessoas se sentem desmoralizadas, desencorajadas ou não se sentem reconhecidas. Às vezes, o simples acto de dizer "muito obrigado" por um trabalho bem feito

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

produz um ambiente de boa vontade e energia. Em nossos programas de liderança, pedimos aos participantes que, uma vez por dia e durante seis semanas, reconheçam o esforço ou trabalho de alguém. As pessoas que se esforçam para completar essa tarefa relatam que não só as pessoas que receberam esses "obrigados" passaram a ser mais positivas e solícitas, mas também transformaram isso num hábito.

Inspirar torna-se particularmente importante quando as coisas não vão tão bem, quando há perturbações ou crises. Lembre-se que tentar encontrar bodes escapatórios ou culpar as pessoas poderá destruir todo o trabalho de inspiração que você fez. Por outro lado, manter-se positivo, buscar oportunidades para aprender com a adversidade e reconhecer e validar os sentimentos das pessoas (por ex., "entendo perfeitamente como você se sente, depois de todo o trabalho e das muitas horas que dedicou a este projecto … [quando um projecto termina de forma prematura]"), contribuirá em muito para manter elevado o moral de todos.

**Como usar as práticas de liderança.** Quando fica mais consciente dessas práticas de liderança, começa a ser mais sistemático na forma em que aborda os desafios. Talvez pergunte a si e à sua equipa: "Será que exploramos o suficiente?" "Estamos suficientemente focalizados?" "Alinhamos e mobilizamos as pessoas correctas?" e "Estamos a inspirar as nossas equipas?"

Se fizer isto, verá que os membros da sua equipa se tornam mais confiantes para liderar seus próprios subordinados e colegas de trabalho, e para enfrentar desafios e produzir resultados. É uma questão de prática e orientação profissional, de aprender e receber orientação: algumas vezes, você segue alguém, em outras, você lidera.

Essas práticas não exigem aprender toda uma série de novos comportamentos. A maioria das pessoas já sabe como explorar, focalizar, alinhar e mobilizar, e inspirar—apesar de terem a tendência de não fazer essas coisas de forma consciente, sistemática ou intencional. O uso de uma linguagem comum lhe permite aproveitar o que você e os membros da sua equipa já sabem e lembrar-se uns aos outros de continuar a fazê-lo.

## AS PRÁTICAS DA GESTÃO

Em nossa definição, "gestão" significa planear e usar os recursos de forma eficaz para produzir os resultados esperados. Como as necessidades organizacionais são sempre maiores do que os recursos que existem para satisfazê-las, nenhuma organização pode ter êxito neste mundo sem uma boa gestão. "Quer percebamos isto ou não", comenta Joan Magretta (2002, p. 3), "cada um de nós depende do desempenho da gestão para o nosso bem-estar."

Gerir bem exige o uso consciente e sistemático de quatro práticas: planear, organizar, implementar, e monitorar/avaliar. Quase todos estamos familiarizados com estas práticas, que já foram adoptadas há décadas no sector privado com fins lucrativos. Da mesma forma que as práticas de liderança, estamos a construir sobre algo que muitas pessoas já conhecem.

**Planear.** Os gestores que lideram também planeiam. A prática do planeamento exige que você reflicta sobre a sequência lógica de actividades e recursos necessários para atingir os objectivos declarados. Sem planos, seu ambiente de trabalho será caótico e o desempenho será errático ou desordenado. Todas as organizações e instituições exigem alguma forma de planeamento para guiar seus esforços tanto a longo como a curto prazo. Também necessitam combinar seus planos com os orçamentos, para ter certeza de que terão os recursos financeiros para executar suas actividades.

Planear é uma forma de contrabalançar a insegurança e a ambiguidade. Também indica como partes separadas de um trabalho por unidades ou indivíduos diferentes acabam por levar aos resultados esperados. Veja uma descrição mais completa das habilidades e práticas de planeamento no Capítulo 5 deste manual.

**Organizar.** Os gestores que lideram têm também que organizar o seu trabalho. A prática de organizar garante que os recursos estejam disponíveis no momento e no lugar certos, que sejam correctos, assim como as quantidades sejam adequadas para executar o trabalho a contento.

Organizar significa certificar-se de que você tem em funcionamento os sistemas, procedimentos e processos que tornam possível para o pessoal executar as tarefas que lhe forem designadas. Quando você se certifica de que cada vacinador tem uma caixa frigorífica que funcione, um suprimento completo de vacinas e veículos prontos no primeiro dia da campanha de imunização, você está a organizar. Um local de trabalho organizado significa que as pessoas podem encontrar o que buscam, seja suprimentos médicos, registos de tempo de trabalho, canetas/lápis e papel, ou permissão para encher os tanques de seus carros com gasolina.

Se organização não for o seu forte, pode trabalhar com alguém que seja melhor em organização e aprender com essa pessoa. Às vezes, uma visualização pode ajudar: imagine-se a executar a tarefa planeada desde o início até o fim e tome nota dos suprimentos, recursos, permissões e sistemas de que vai necessitar. Por exemplo, para um workshop, visualize os participantes a chegar ao local: Onde se encontra o formulário de registo? Quem estará sentado à mesa de registo? Há letreiros para indicar ou foram enviadas cartas de boas vindas para explicar para onde os participantes devem se dirigir e quando? Os distintivos com os nomes das pessoas foram preparadas? Todos receberam o material da conferência, com as leituras sugeridas, o programa e a lista de participantes? Como serão reembolsados os participantes por suas despesas de viagem? Qual é a fórmula para calcular os reembolsos e quem é responsável por fazer esses pagamentos? E assim sucessivamente.

**Implementar.** Ao final, se não implementar as actividades recomendadas nos planos, terá desperdiçado o esforço feito para elaborar esses planos. Há muitas razões de as coisas não acontecerem ou dos planos não serem implementados, mas poucas delas constituem explicações realmente válidas. Se o pessoal não teve tempo para fazer o trabalho ou se outros recursos não estavam disponíveis, algo deu errado: o planeamento ou a organização. Se a implementação das actividades não foi viável ou aceitável, as fases de exploração e focalização não foram bem feitas.

A implementação exige a tomada de decisões, resolução de problemas, coordenação, negociação e comunicação, habilidades estas que podem ser ensinadas ou melhoradas através da prática. O toolkit de *Gestores Que Lideram* contém vários exercícios concebidos para ajudar a fortalecer essas habilidades (veja a lista na página 175). Considere quais dessas poderiam ser particularmente apropriadas para você e sua equipa.

**Monitorar e Avaliar.** Os gestores que lideram monitoram e avaliam até que ponto seus programas estão a dar bons resultados. Estabelecem etapas para retroinformação entre o trabalho e os resultados do trabalho, e entre o trabalhador e o seu desempenho observado. Monitorar e avaliar são necessários para garantir que as actividades estão a progredir conforme planeado e que os resultados esperados são alcançados. Esta prática permite a você modificar os planos se eles não estiverem a funcionar e a aprender lições para melhorias futuras. Veja uma discussão completa da monitoria e avaliação no contexto da gestão de informações no Capítulo 9 deste manual.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

## INTEGRAÇÃO DAS PRÁTICAS DE LIDERANÇA E GESTÃO

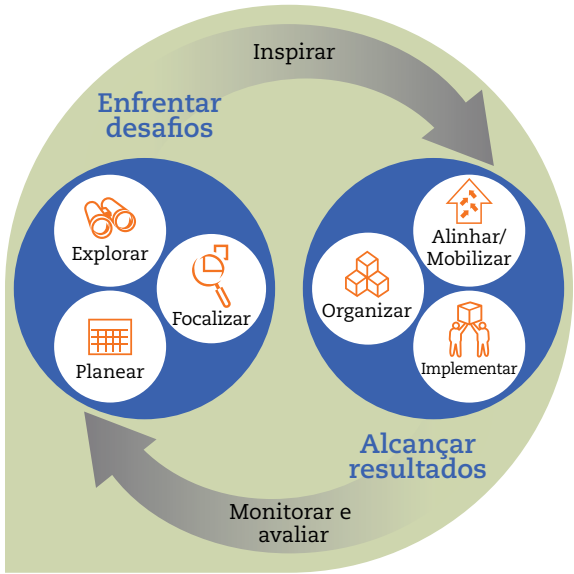
Apesar de termos listado as práticas de liderança e gestão em sequência, na verdade elas se repetem em um ciclo, conforme mostra a Figura 3.

As práticas também se sobrepõem, o que significa que cada prática contém outras práticas implícitas dentro de si. Por exemplo, não se pode explorar, alinhar e mobilizar sem focalizar; e não se pode focalizar, alinhar e mobilizar ou inspirar sem explorar. Isto é igualmente verdadeiro para as práticas de gestão: planear e organizar são cascas vazias de conteúdo se não forem implementados os planos.

A inspiração está geralmente implícita no alinhamento e mobilização bem executados, e exige também um certo grau de focalização e exploração. O mesmo é verdadeiro para a monitoria e a avaliação, que depende das outras três práticas da boa gestão.

Finalmente, a Figura 3 mostra como as práticas de gestão e liderança estão interligadas. Pode-se articular um desafio particular – como, por exemplo, atrair mais casais para os serviços de planeamento familiar – quando praticamos também a exploração, focalização e planeamento. Produzimos resultados ao alinhar, mobilizar, organizar e implementar. A energia para fazer o trabalho é parcialmente alimentada ao inspirar as pessoas e apelar para o seu sentimento de propósito e valores. As lições aprendidas sobre eficácia e desempenho são alimentadas de volta aos novos planos através da monitoria e avaliação.

FIGURA 3. Processo Integrado de Liderança e Gestão



## Liderança e gestão no topo da organização

A liderança nos níveis de topo de uma organização é diferente da liderança das equipas nos níveis mais baixos, principalmente devido à maior visibilidade, às conotações políticas do poder, e ao facto de que muitas crises serem empurradas para cima, para que o pessoal de nível superior as resolva. Em países onde muitas agências externas concorrem pela atenção dos líderes de topo, a pressão pode se tornar intensa.

Nos níveis mais altos da liderança, as práticas de gestão e governação começam a se misturar: **o estabelecimento de uma direcção comum** é uma combinação do alinhamento, focalização e inspiração; **o cultivo da responsabilidade de prestação de contas** exige uma mistura de exploração, implementação e monitoria; **a administração responsável de recursos** requer uma combinação de planeamento, exploração, implementação e monitoria; e **o engajamento das partes interessadas** exige uma combinação de inspiração, alinhamento e mobilização.

Qualquer pessoa do nível superior de uma organização tem um impacto que vai muito além de sua unidade ou directoria:

- Como **administradores responsáveis** pela saúde de uma ampla população, os líderes de nível superior, como você, são responsáveis por todo o sistema—o que significa que é preciso pensar de forma sistémica, esclarecer os níveis de responsabilidade, e optimizar a capacidade em todos os níveis—desde o seu departamento ou directoria até o nível mais básico;
- Como **alinhadores e coordenadores** de várias bases de apoio, os líderes de nível superior como você têm que promover e conduzir diálogos produtivos e garantir que as informações essenciais estejam ao alcance de todos;
- Como modelos de **orientação e inspiração** para as outras, os líderes de nível superior como você têm que agir a partir de uma visão comum e de estratégias previamente acordadas, servir de modelo para o comportamento que se deseja em todo o sistema, e dar o tom de um clima de trabalho positivo e potencializador.

### EXERCÍCIOS DE EQUILÍBRIO

Na realidade, liderar e gerir no nível mais alto significa que é preciso escolher constantemente entre demandas concorrentes entre si. Terá que se concentrar em algo—sem negligenciar ou dar a impressão de que negligencia as outras opções—e decidir sobre o melhor curso de acção para cada momento. O Quadro 2 ilustra esses exercícios de equilíbrio.

Enquanto pratica esses exercícios de equilíbrio, terá que exercer sua liderança de pelo menos cinco maneiras:

1. Dar uma direcção para o sistema de saúde *como um todo.*
2. Comunicar *continuamente* a visão e a direcção.
3. Envolver-se com as partes interessadas, *internas e externas,* para fins de alinhamento, mas também para contribuir com novas ideias.
4. Coordenar e integrar o planeamento e a execução *em todo o sistema.*
5. Reflectir, aprender e melhorar o desempenho, *continuamente.*

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

### QUADRO 2. Conseguir o equilíbrio

Se liderar e gerir a partir do topo, precisará aprender a equilibrar:

- as necessidades do presente E as necessidades do futuro: por um lado, a necessidade de gestão das crises e, por outro, a lenta e constante busca de uma estratégia de longo prazo;
- as necessidades dos diversos grupos de interesse: por um lado, a necessidade de responder à pressão de grupos específicos E, por outro, a necessidade de dar atenção ao sistema de gestão da organização como um todo;
- o uso da autoridade E a necessidade de promover a inclusão: por um lado, a pressão de decidir e agir prontamente e, por outro, a necessidade de reservar tempo para a reflexão, a aprendizagem colectiva e o empoderamento;
- a necessidade de "encaixar" a organização, ao buscar a coerência que vem da centralização e do controlo e, assim, criar sinergias, E o "desdobramento" da organização, que busca o efeito oposto ao dar liberdade às unidades individuais e ao pessoal de criarem, diferenciarem, competirem e produzirem a variedade que é essencial à inovação e à adaptação a um ambiente sempre em mudança. (Stacey, 1992).
- serviços de saúde preventivos e curativos: por um lado, atender ao chamado de trazer os maiores benefícios possíveis para o maior número possível de pessoas E, por outro lado, melhorar o atendimento curativo para todos e o atendimento terciário para poucos.

Cada um desses papéis traz consigo inúmeros desafios. Para enfrentá-los com confiança, é preciso ter habilidades específicas, como veremos a seguir.

**Ver e operar a partir de uma perspectiva mais ampla.** É necessário partir de uma perspectiva maior para criar uma visão comum, definir estratégias, e manter a visão a longo prazo. Esta perspectiva lhe ajudará a reorientar a atenção e a energia das pessoas, se ficarem presas em lutas para defender interesses de curto prazo, ou se não souberem como priorizar seu trabalho.

> O Capítulo 5 deste manual discute em detalhe a natureza de uma visão comum, como criar uma tal visão, e a sua importância para a organização e o planeamento estratégico eficaz.

**Comunicação da visão.** Os gestores que lideram sabem como comunicar, repetidamente e de diferentes maneiras, para onde e por que se dirige a organização e o seu pessoal, para que todos fiquem unidos em torno da visão da organização. Ao comunicar a visão e conseguir que outros, que ocupam posições chave, a reforcem, você demonstra que estão todos na mesma equipa e que progridem juntos, mesmo quando há tensão em torno de ideias concorrentes e rivalidade para a obtenção de recursos e reconhecimento.

**Reconhecimento dos interesses das partes.** A capacidade para reunir as partes interessadas, negociar e controlar a tensão que surge por interesses e agendas concorrentes, e transformar os conflitos em situações em que todos se beneficiam, é essencial à liderança e à boa governação. O reconhecimento dos interesses das outras partes lhe ajudará a encontrar aliados e a prever e se preparar para outros grupos cujos interesses são antagónicos à missão, valores e metas de sua organização.

> O *Toolkit dos Gestores que Lideram* inclui, nas páginas 195–197, um exercício para analisar os interesses das partes envolvidas.

**Fazer o melhor uso do seu tempo.** Delegar trabalho lhe economiza tempo. Se você tem consciência e confiança nas forças e capacidades de seus colegas, ficará mais à vontade para delegar tarefas, liberando seu tempo para cuidar de assuntos que exigem liderança e boa governação nos níveis mais elevados. No processo, estará desenvolvendo seu pessoal. A delegação deve ser combinada com o estabelecimento de prioridades: determinar até que ponto suas muitas tarefas contribuem ou competem com o alcance da visão. Você deve saber como liderar as reuniões com eficácia e economizar não só seu próprio tempo, mas também o de todos os participantes nessas reuniões. Ao ouvir com atenção e observar, poderá responder de forma ponderada às questões e evitar as crises que podem consumir o tempo e a energia de todos.

**Solicitação de retroinformação e conselhos.** Pedir retroinformação—positiva e negativa—dos colegas e subordinados lhe ajudam a trabalhar com os outros para resolver as questões de forma mais eficaz. Reconhecer que sempre pode melhorar, fortalecerá seu sistema de apoio pessoal, ao qual pode recorrer em busca de conselhos ou assessoria e apoio durante épocas difíceis.

## PERIGOS QUE OCORREM NO TOPO E QUE PODEM DERRUBÁ-LO

Algumas atitudes e comportamentos de sua parte podem desviar e perturbar o funcionamento de toda a organização. Na sua posição de liderança, deverá estar particularmente alerta a essas atitudes e comportamentos e corrigi-los onde quer que os encontre, seja nos outros ou em si próprio.

**Arrogância.** Pretensão ou orgulho exagerados. A arrogância é fácil de detectar. Pode-se observá-la em pessoas que confiam excessivamente em sua capacidade e que acreditam que nunca podem falhar ou errar.

Apesar de ser muitas vezes difícil fazer com que alguém excessivamente orgulhoso reponha os pés em terra, você pode se esforçar para não cair nessa armadilha. Quando as coisas vão muito bem há muito tempo, quando ninguém ousa discordar de você ou quando amigos ou colegas próximos não se sentem à vontade ao seu lado, estes são sinais de que precisa agir. Você pode pedir um conselho correctivo e construtivo. Pode insistir em auxiliar os outros a atingir seus objectivos e regozijar-se pelo sucesso dos outros sem receber crédito por suas realizações. Finalmente, pode demonstrar sua modéstia genuína ao reconhecer suas limitações e não se levar tão a sério.

**Medo.** Muitos contratempos, descarrilamentos, uso indevido dos recursos ou mesmo desastres nas organizações resultam do medo das consequências, reais ou imaginárias, de "dizer a verdade aos poderosos". Grandes firmas e pequenas organizações desabam ou se reduzem à insignificância porque as classes subalternas não ousam questionar a temeridade ou práticas e decisões antiéticas de seus líderes no topo.

O medo existe em todos os níveis de algumas organizações, do topo à base, mesmo que as razões do medo sejam geralmente diferentes, dependendo do nível. No topo, o medo é de ser humilhado, retirado da posição de poder e, em alguns lugares, temor por sua própria segurança. O medo na base da pirâmide organizacional é principalmente o de perder o emprego ou meio de sustento, ser preterido em caso de promoção ou simplesmente ser encostado.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

No seu papel de liderança, você poderá fazer muito para dar o tom correcto e reduzir o temor em todos os níveis. Se demonstrar disposição em ouvir respeitosamente às opiniões dissidentes, seu pessoal se sentirá mais à vontade para expressá-las. Se encorajar e recompensar uma exposição apropriada aos riscos, aceitando que alguns empreendimentos poderão fracassar, constituirá um exemplo para todos os gestores de sua organização. Se recusar a tolerar o comportamento humilhante ou o abuso do poder, outros seguirão os seus passos.

**Falta de confiança ou traição.** Quando o medo é generalizado, a confiança tende a ser baixa. A confiança é um recurso precioso nas organizações, mas as pessoas muitas vezes o desperdiçam ao trair repetidamente os outros. A capacidade das pessoas para confiar depende de dois factores: confiança em si próprio e confiança nos outros.

O exercício do Quadro 3 o ajudará a considerar seus próprios níveis de confiança. Ele tem sua origem no trabalho de Dennis e Michelle Reina (2006).

A traição da confiança, quando repetida, tem consequências sérias para o clima de trabalho em uma organização, porque o resultado da falta de confiança é a baixa produtividade. Se esta for a realidade em sua organização, existem algumas opções.

Como gestor ou supervisor de alguém que se sente traído, você pode fazer um bom uso das práticas de liderança. Como mostrado por Dennis e Michelle Reina (2006), pode explorar mais para chegar aos factos e entender o que aconteceu para que as pessoas sentirem que sua confiança foi traída. Pode, então, focalizar nos sentimentos que a traição criou e abrir espaço para as pessoas se expressarem, para que esses sentimentos não emerjam de outras formas, e que não possa ver ou controlar. Este é o momento para oferecer seu apoio, realinhar as pessoas com a visão e missão da organização, e redireccionar a energia de todos para o futuro.

### QUADRO 3. Exercício de reflexão sobre a confiança

Numa folha de papel, anote suas respostas às seguintes perguntas:

- Em que tipos de situações tenho confiança em mim mesmo?
- Em que situações não confio em mim?
- De que formas me considero confiável?
- De que formas sinto que não sou confiável?

Continue o exercício com as seguintes perguntas:

- Em que situações confio nos outros?
- Em que situações não confio nos outros?
- O que procuro observar ao considerar se uma outra pessoa é ou não digna de confiança?
  - Aceito simplesmente que as pessoas são dignas de confiança, excepto se houver prova em contrário?
  - Fico a esperar até que as pessoas provem que podem ser confiáveis?
- Como isto afecta minhas relações de trabalho?

Depois de anotar as respostas a estas perguntas, decida se há algo que gostaria de mudar sobre a forma em que você confia (ou não confia) nos outros e em si próprio.

*Fonte:* Reina 2006.

TABELA 1. A escala da traição

| MAIOR | | | MENOR |
|---|---|---|---|
| **Não intencional** | **Intencional** | **Não intencional** | **Intencional** |
| Reestruturação que resulta em demissões | Revelação de segredos da organização | Chegar tarde com muita frequência (ao trabalho ou a reuniões) | Mexericos, calúnias |
| Delegar sem dar autorização | Sabotar os dados organizacionais | Não honrar os compromissos | Aceitar crédito por trabalho feito por outros |

*Fonte:* Reina 2006.

Se você for a pessoa que se sente traída, seja por superiores ou subordinados, pode começar por utilizar as mesmas práticas de liderança: explorar a situação da forma mais objectiva possível, reconhecer os factos e, depois, focalizar os seus sentimentos de traição ao dar-lhes nome e expressá-los. Assim, estará pronto a se realinhar com os outros e obter o apoio destes para ajudá-lo a recompor a experiência. Isto implica em deixar de lado o sentir-se como vítima e passar a examinar honestamente como você pode ter contribuído à experiência. Os últimos passos consistem em perdoar a si e aos outros, livrar-se de toda a ira e ressentimento, e seguir em frente.

Dennis e Michelle Reina propõem que a traição—seja ela intencional ou não—pode ter repercussões ao longo de uma escala que vai da maior à menor importância. A Tabela 1 ilustra essa escala com alguns exemplos.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## Transições dos líderes: modificações de pensamento e comportamento

Até agora, salientamos a importância dos comportamentos, ao introduzir práticas em vez de características da personalidade ou atributos pessoais. Mas os comportamentos não são suficientes. Nossos comportamentos estão ancorados na forma em que pensamos e, portanto, as atitudes também são importantes.

Já observamos que os gestores que lideram pensam de forma diferente daqueles que não o fazem; eles se mostram mais conscientes de suas acções e são mais sistemáticos e intencionais com relação às mesmas. Reflectem mais sobre o que fazem, ao interagir com os outros no trabalho. E quando aperfeiçoam seu uso das práticas de liderança e gestão, e reflectem sobre o que acontece como resultado de suas acções, observam que algo mais começa a mudar. Passam a ver o mundo de forma diferente.

Chamamos essas modificações das atitudes e convicções de "transições dos líderes". A Tabela 2 descreve algumas dessas mudanças de atitudes que definem melhor como é um gestor que aprende a liderar.

A percepção dessas transições dos líderes é uma parte importante da transformação que pode empreender consigo mesmo e com os outros. Mas fique atento: as transições podem não representar mudanças permanentes. Elas tendem a ocorrer quando você se sente competente e faz um bom trabalho que faz uma diferença na vida dos outros. Quando as coisas não vão tão bem, elas podem começar a serem deixadas de lado.

Seu desafio pessoal é se monitorar e reconhecer as situações em que fica mais preocupado com suas próprias necessidades, reputação ou imagem e menos focalizado no bem comum.

TABELA 2. Transições dos líderes

| DE | PARA |
|---|---|
| contar com o heroísmo individual | acção colaborativa |
| desespero e cepticismo | esperança e possibilidade |
| culpar os outros pelos problemas | assumir responsabilidade pelos desafios |
| actividades dispersas e desconexas | acções propositais e interconectadas |
| uma preocupação com si mesmo | uma preocupação pelo bem comum e generosidade com relação aos outros |

Vamos examinar cuidadosamente cada transição e ver o que é possível fazer para desenvolver e manter essas mudanças com relação a si próprio.

**Transição do líder 1: Da liderança heróica à acção colaborativa.** Os desafios que você enfrenta não podem ser resolvidos ao imaginar que algum líder heróico (por exemplo, seu supervisor, seu director executivo, o Ministro da Saúde ou uma agência doadora) virão salvá-lo. Também não ajuda pensar que você é a única pessoa que pode e deve resolver todos os problemas. Esta transição do líder traz consigo o reconhecimento de que é necessário ter "todos a bordo" para executar os trabalhos mais difíceis e que desenvolver e reconhecer a todos na equipa é essencial, mesmo quando há vozes discordantes.

Para promover acções colaborativas, certifique-se de que todos têm clareza e concordam com seus papéis e responsabilidades e, a partir daí, responsabilize-os por cumprir esses papéis. Certifique-se de delegar tarefas que você próprio não precisa executar e que os outros possam fazê-las. Se se agarrar a trabalhos que pode delegar, pergunte-se por quê. Sente-se à vontade para deixar que as pessoas aprendam com seus próprios erros?

Veja o Quadro 4 para aprender mais sobre como fazer essa transição da liderança heróica à acção colaborativa.

### QUADRO 4. Movimento na direcção certa: Passar da liderança heróica para a acção colaborativa

Mesmo que pudesse fazer absolutamente tudo—e sabemos que não pode—isto seria uma má ideia. As equipas funcionam melhor quando seus membros desempenham quatro papéis críticos:

1. **iniciar** (uma ideia ou acção)
2. **seguir** (aceitar a nova ideia)
3. **opor** (questionar a ideia para garantir que as decisões não são tomadas de forma impulsiva e para aguçar a forma da equipa pensar)
4. **observar** (prestar atenção e dar retroinformação sobre como está o desempenho da equipa)

Todos estes papéis estão representados na sua equipa? Se você é sempre o iniciador/a, tente representar um papel diferente, talvez seguir a liderança de um outro membro da equipa, ou simplesmente parar e observar. Veja as sugestões no exercício "Como Entender os Papéis no Trabalho de Equipa" em *Gestores Que Lideram* (MSH 2005, Toolkit, p. 248).

Além disso, pratique falar menos, ouvir mais e abrir mais espaço para os outros. Pergunte-se:

- **Se houver um conflito:** Como estou a lidar com o conflito? Simplesmente o evito e o deixo a cozinhar? Estou a tratar dele de forma muito directa? Sei onde buscar ajuda para tratar de conflitos na minha equipa?
- **Se convocar uma reunião:** Está claro em minha mente qual deveria ser o resultado de nossa reunião? Preparei a agenda de forma a nos levar aos resultados esperados?
- **Antes de falar numa reunião:** Estão todos a participar plenamente? Estou a conseguir um equilíbrio entre solicitar os pontos de vista dos outros e defender o meu próprio? Estou a ouvir os outros como se seus pontos de vista realmente interessassem? Alguém já disse o que penso em dizer? Alguém poderia dizer isto melhor do que eu?
- **Se os pontos de vista forem diferentes:** Estou disposto e sou capaz de negociar se nos encontrarmos sem saída? Tento entender os interesses por trás das posições adoptadas? Tenho uma alternativa, caso não possamos chegar a um acordo?

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

**Transição do líder 2: Do desespero e pessimismo para o optimismo e a esperança.** É difícil atrair seguidores se você pregar uma mensagem de desespero e impotência. No entanto, a maioria das metodologias de planeamento começa por listar todos os problemas, o que pode sobrecarregar o grupo e levar a uma sensação de impotência. Peça às pessoas para falarem sobre seus sonhos e veja o brilho nos olhos delas. As partes conflitantes podem encontrar pontos comuns numa visão compartilhada e mudar suas posições de como lidar com os obstáculos.

Veja no Quadro 5 algumas ideias de como fazer a transição do desespero e pessimismo para o optimismo e a esperança.

QUADRO 5. Movimento na direcção certa: Deixar o desespero e pessimismo e passar para o optimismo e a esperança

- Aprenda a ter uma visão compartilhada. Pode fazer isto ao perguntar às pessoas que esperanças e sonhos têm com relação à equipa, à unidade, ao departamento, à organização ou à comunidade. Evite abstrações, que geralmente têm menos força do que imagens concretas. Uma imagem de "uma clínica à qual eu enviaria minha irmã ou minha mãe" é mais poderosa para impulsionar as pessoas a agir do que "uma clínica com alta qualidade de atendimento". Quanto mais detalhada e concreta a imagem, mais força tem para convencer as pessoas a trabalhar para a sua realização.
- As visões compartilhadas podem ser idealistas e de longo prazo, mas também podem ser imediatas. Por exemplo, uma equipa poderia visualizar um resultado para uma reunião. Adopte o hábito de sempre pedir a si e aos membros da equipa para imaginar como seria o êxito.
- Depois de estarem de acordo sobre sua visão, pode trabalhar no sentido contrário e perguntar: "Se é isto o que queremos, qual é o obstáculo para alcançá-lo?" Esta forma de pensar lhe permite identificar os obstáculos que obscurecem a visão. Resista à tentação de começar a eliminar obstáculos sem identificar que visão esses obstáculos obscurecem.
- Ao passar retroinformação a um membro da equipa sobre uma parte do trabalho, comece sempre pelo lado positivo. Fale primeiro do que já está bom e deve continuar. Depois considere as oportunidades de melhoria e, como último passo, o que precisa cessar ou ser eliminado.
- Esta transição do líder exige que você desenvolva a prática de liderança de inspirar seu pessoal e dar um sopro de vida sobre o trabalho deles ao fazer referência às esperanças e valores que eles têm. Lembre-se, é mais atraente pensar na sua meta como um sonho a ser realizado do que um problema a ser resolvido.

**Transição do líder 3: Deixar de culpar os outros e passar a enfrentar os desafios.** Não é só uma questão de usar palavras diferentes quando se recompõe de um problema que antes considerava ter sido causado por outras pessoas e que deveria ser por elas resolvido, para transformá-lo num desafio que você próprio enfrentará. Ao examinar o problema com outros olhos, você deixa de se sentir como vítima indefesa e se transforma em agente de mudança.

Veja no Quadro 6 ideias de como deixar de culpar os outros e passar a assumir a responsabilidade pelos desafios.

### QUADRO 6. Movimento na direcção certa: Deixar de culpar os outros e passar a enfrentar os desafios

Se estiver alerta aos seguintes aspectos, certamente vai se tornar mais eficaz e positivo.

- **Aprenda a reconhecer o sentimento de impotência,** para não entregar-se à passividade.
- **Busque exemplos de acções bem sucedidas** que você e outros empreenderam para realizar coisas que não pareciam ser possíveis, tais como obter um diploma, escrever um artigo ou liderar uma equipa para melhorar a qualidade do atendimento em uma clínica.
- **Considere que você próprio pode estar a contribuir para os problemas.** Por exemplo, um clínica desorganizada pode reflectir sua própria desorganização ou, ao contrário, seu controlo excessivo dos detalhes impede os funcionários de desenvolverem seu próprio senso de responsabilidade. Uma relação difícil com um membro do quadro pode ser explicado, pelo menos em parte, pelas próprias atitudes e comportamentos que você adopta.
- **Pratique reenquadrar um problema sob a forma de um desafio** ao criar uma tensão entre uma situação desejada no futuro e um situação indesejada no momento. Por exemplo, "Como posso garantir um fornecimento constante de contraceptivos em nossa clínica, apesar da inacessibilidade sazonal?"
- **Use uma linguagem proactiva** e não reactiva. Em vez de dizer: "Não há nada que eu possa fazer!", diga: "Vamos ver o que podemos fazer sobre isto". Em vez de dizer: "As coisas aqui são assim", diga: "Como eu ou nós podemos mudar isto?" Em vez de dizer: "Eles nunca permitirão isso", veja se não há espaço para uma negociação. Em vez de dizer: "Eu tenho de…" ou "Ninguém quer me ajudar", tente dizer: "Eu quero..." ou "Poderia me ajudar?"

**Transição do líder 4: De actividades desconectadas e excesso de tarefas a uma acção accordada e já definida.** O excesso de especialização pode levar à criação de programas verticais independentes e unidades organizacionais separadas, para além de inibir o desenvolvimento de uma abordagem mais abrangente para melhorar os serviços de saúde. As actividades e soluções aplicadas em um programa poderão prejudicar o progresso em outros. Por exemplo, o maior oferecimento de fundos aos programas de VIH e SIDA provocou, em certos casos, uma insuficiência de fundos para os programas de planeamento familiar, apesar destes últimos programas serem uma parte integral dos esforços para prevenir a transmissão do VIH.

Além disso, as pessoas preocupadas com sua área específica de responsabilidade geralmente não têm tempo para trocar ideias com as pessoas que trabalham em outras áreas relevantes e, assim, perdem a oportunidade de trabalharem juntas e contribuírem aos objectivos uns dos outros. Os serviços, projectos ou programas geralmente têm objectivos de execução que não levam em consideração o que outros serviços, projectos ou programas relacionados estão a executar, mesmo aqueles na mesma área geográfica, organização ou unidade de saúde. O resultado é a duplicação do trabalho e o desperdício de recursos.

O Quadro 7 mostra o que você pode fazer para deixar de se engajar em actividades desconexas e num excesso de tarefas, para passar a acções acordadas e já definidas.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

### QUADRO 7. Movimento na direcção certa: Deixar as actividades desconexas e o excesso de tarefas e passar a acções acordadas e definidas

Aprenda como estabelecer prioridades para as suas muitas tarefas ao examinar como cada uma contribui ou retira dos seus resultados esperados. Uma forma conveniente de classificar demandas concorrentes é distinguir o que é "urgente" do que é "importante". As actividades urgentes são aquelas que exigem sua atenção imediata (geralmente, são as crises ou "problemas"), enquanto as importantes são aquelas que contribuem à missão, valores e metas mais importantes da organização (Covey 2004).

Com os membros de sua equipa, use a Matriz do Importante e do Urgente e o exercício (MSH 2005, Toolkit, págs. 213–215) para classificar as actividades de sua semana típica de trabalho. Dê a máxima prioridade àquelas que são mais importantes mas não urgentes, tais como conseguir aprovações e preparar orçamentos antecipadamente. Pense nessas tarefas como trabalho preventivo e proactivo que evitará crises futuras.

Junte as forças dos membros de sua equipa e utilize suas habilidades e perspectivas diversas para resolver os problemas quando surgirem. Peça sugestões e contribuições, em vez de tentar resolver tudo por conta própria.

Comemore os sucessos e as pequenas vitórias como uma equipa, em vez de separar alguns poucos indivíduos para serem reconhecidos de forma especial. Lembre às pessoas qual é a missão e visão que criaram juntos. Ajude as pessoas a verem como seu trabalho auxilia ou complementa o trabalho de outros membros da equipa.

**Transição do líder 5: De uma preocupação com si mesmo para a generosidade e preocupação com o bem comum.** Quando se sente prejudicado ou diminuído por um esforço mal sucedido ou por uma sensação de ter sido tratado injustamente, seu mundo parece que se encolhe e o mais provável é que seu enfoque se volte para o seu próprio interior. Você acaba preso em suas próprias necessidades, sejam estas físicas—um corpo que precisa da cura—ou psicológicas—recuperação de uma decepção, insulto ou trauma.

Junto a esta concentração em si próprio/a, pode vir a sensação de que você tem direito a privilégios especiais. Muitas falhas éticas de comportamento, entre aqueles com posição de liderança, podem estar ligadas a uma preocupação excessiva com o conforto, a situação ou o prestígio, às custas do bem comum.

Se você se mantiver focalizado em si mesmo/a, seja por que razão for, não continuará a ser eficaz e não compartilhará do mundo à sua volta, especialmente quando existe trabalho a fazer que exige compreensão e preocupação com os outros. Sua auto-absorção interferirá com a capacidade de intendência e direcção que o sistema de saúde espera de você.

Veja no Quadro 8 o que pode fazer para fazer a transição de uma preocupação com si próprio/a para um preocupação com o bem comum.

**QUADRO 8. Movimento na direcção certa: De uma preocupação com si próprio para a generosidade ou preocupação com o bem comum.**

- Verifique seus motivos sempre que se descobrir muito interessado em ter razão, em ser reconhecido, recompensado, ou simplesmente se sentir confortável. Será que não se esqueceu de adoptar a perspectiva mais ampla e verificar seu papel dentro dela?
- Lembre-se do seu papel e responsabilidade para ajudar a realizar a missão e visão da organização, agência, equipa ou departamento que lidera.
- Pense nas pessoas que serve, tanto seu próprio pessoal como os beneficiários de sua organização, e verifique se suas atitudes e acções os ajudam ou distraem-no de ajudá-los.
- Pode usar modelos de tomada de decisões éticas para orientá-lo. Um dos mais simples e poderosos é aquele usado como um dos princípios fundamentais das principais religiões do mundo: "Como querem que os outros lhes façam, façam também vocês a eles."

## Aprender a gerir e liderar: Uma metodologia comprovada para aprender em acção

É comum ouvir as pessoas reclamarem do desempenho de sua equipa, organização, distrito ou hospital, mas poucos sabem como ter um papel activo para reverter tal situação. Ficam tão assoberbados pelos muitos obstáculos que enfrentam, que acabam na passividade. Ninguém vê uma saída para o impasse.

O Modelo do Desafio (Figura 4) é uma ferramenta que você pode usar imediatamente para aperfeiçoar o desempenho de qualquer grupo. Ela consiste de uma série de perguntas que ajudam você e sua equipa a transformar sistematicamente os sonhos em acção.

Se seguir os passos, concluindo cada um antes de passar ao próximo, poderá promover uma mudança positiva. Talvez não aconteça tão rápido quanto gostaria, mas o processo cuidadoso e bem pensado tem maior probabilidade de gerar resultados duradouros.

**Passo 1:** Comece com a pergunta fundamental sobre propósito: "Por que estamos aqui?" Para a maioria das organizações, a resposta a esta pergunta está nos documentos de sua fundação: a missão da organização ou, no caso de agências governamentais, o acto legislativo que as criou.

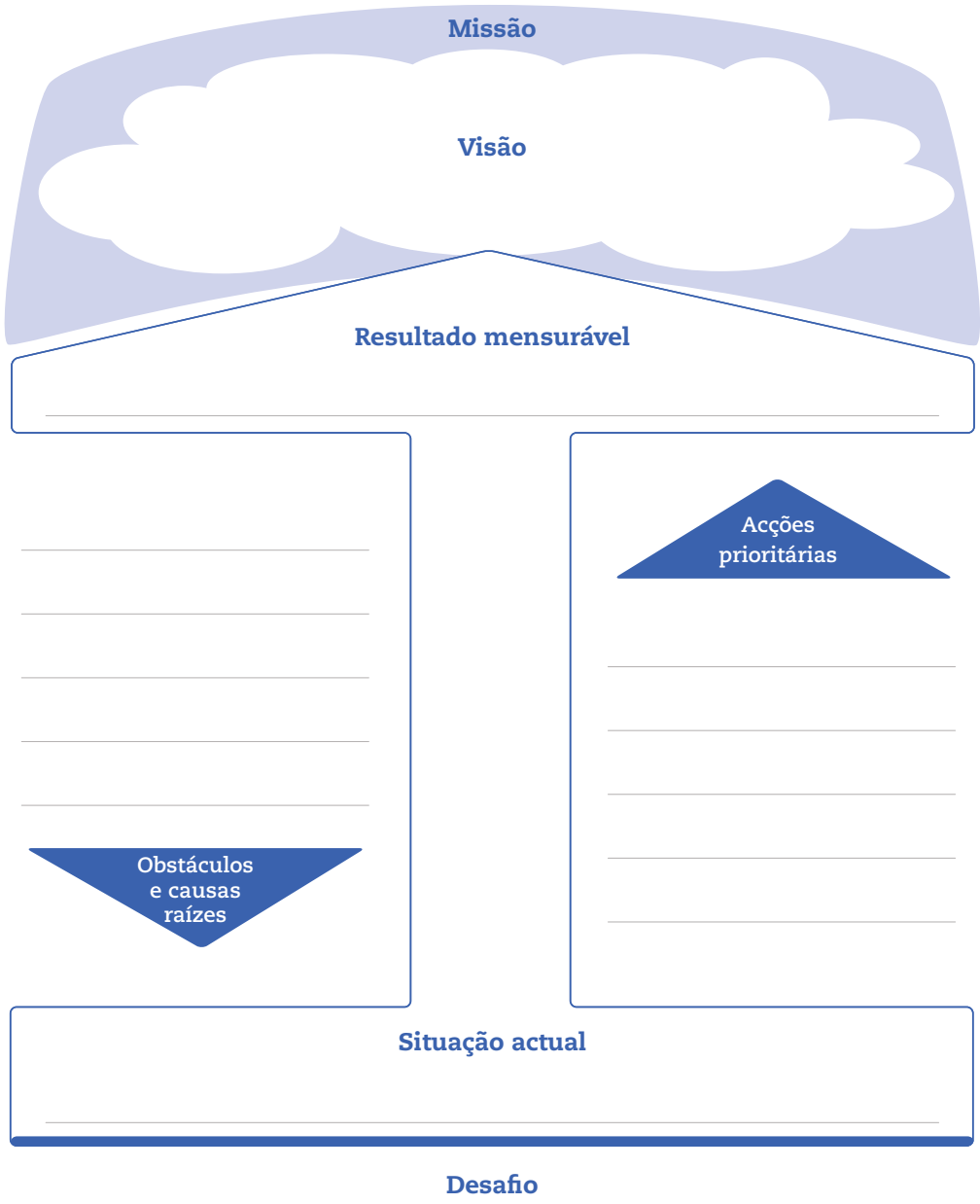
**Passo 2:** Stephen Covey (2004) nos ensina a "iniciar as coisas já tendo em vista o desfecho". Portanto, a próxima pergunta é: "O que gostaríamos de criar que ainda não existe?" Esta é a **visão** de um futuro melhor.

Apesar de sonhar com um futuro melhor poder ser um acto de criação e inspiração, parar nesse ponto pode levar ao desencorajamento e até ao desespero, especialmente se sua situação actual estiver muito longe do que sonha. A visão se torna mais atraente quando você dá o próximo passo, que é definir as acções, para tornar essa visão uma realidade.

**Passo 3:** Este é o momento de perguntar: "Onde estamos agora?" Neste passo, você e sua equipa examinarão sua **situação actual** em relação com a sua visão. Este passo abre espaço para a prática de liderança que consiste na exploração: conversar e ouvir as pessoas, verificar registos, visitar centros de saúde e comunidades, ler relatórios. Isto lhe ajudará a criar uma linha de base ou de referência.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

FIGURA 4. O Modelo do Desafio: da Visão à Acção e aos Resultados




[ Como vamos alcançar nosso resultado esperado, tendo em vista os obstáculos que devemos superar? ]

Este é um passo crítico, mas geralmente ignorado, porque as pessoas pensam muitas vezes que conhecem a situação actual quando, de facto, estão a ver apenas o que esperavam ver, ou então partiram de uma série de pressupostos que podem ou não estar correctos. Com que frequência a ficção se confunde com os factos? Só uma visão mais aguçada pode determinar a realidade. Esta pode ser a primeira vez que você e sua equipa recolhem dados ou entrevistam pessoas com as quais nunca falaram antes. Um benefício desse exercício é o de que começará a apreciar – se ainda não o fez – a importância de se ter bons sistemas de informações e fontes de informações precisas e atempadas.

Ao explorar minuciosamente a situação actual, poderá descobrir factores que considera inaceitáveis. Isto pode causar raiva e indignação, sentimentos que você poderia transformar em resolução de mobilizar a si e aos outros para entrarem em acção. É nesta altura que você estará pronto para formular seu **desafio:** "Como podermos atingir nossa visão, se a nossa situação actual é tal e tal?"

**Passo 4:** Depois de criar a visão compartilhada e ter uma boa ideia da realidade actual, você e sua equipa podem focar um aspecto da visão sobre o qual trabalhar no momento actual. Podem se perguntar: "O que podemos alcançar que nos aproximaria ainda mais de atingir nossa visão?" A resposta será um **resultado** SMART (inteligente):

**S** = eSpecífico
**M** = Mensurável
**A** = Apropriado[1]
**R** = Realista
**T** = de Tiempo limitado

O resultado esperado não deve ser grandioso, mas deve encerrar um esforço especial, algo que talvez não conseguisse realizar se não tivesse aceito o desafio.

**Passo 5:** A próxima pergunta é: "Por que as coisas são como são?" Esta pergunta ajuda a identificar os **obstáculos** que o esperam ao longo do caminho para atingir o resultado SMART. Ela leva a outras perguntas mais específicas: "Por que as pessoas têm faltado ao trabalho?" "Por que os/as utentes não têm voltado para se reabastecer de contraceptivos?" "Por que não resolvemos essa situação ainda?" e "Por que não sabíamos disso?"

A tentação, nessa altura, é a de culpar a falta de recursos ou os sistemas deficientes pelo baixo desempenho. Mas isto não ajuda muito a encontrar o remédio para a situação. Você terá que explorar a resposta com uma outra pergunta específica: "Se isto interessa a nós e aos utentes, por que não temos apoiado esse trabalho com recursos suficientes?" Afinal de contas, raramente se dá a situação em que não há dinheiro algum no sistema; a questão tem a ver com a alocação e a tomada de decisões. É preciso escavar mais fundo para encontrar as **causas raízes** dos obstáculos, só assim é provável surgirem ideias de possíveis soluções. O Apêndice A deste capítulo mostra como usar um diagrama de espinha de peixe para descobrir as causas raízes e como usar a técnica dos 5 Por Quês para compreender plenamente essas causas.

1. Muitas vezes, o A significa Alcançável (que é semelhante a Realista) e o R significa Relevante (que é semelhante a Apropriado).

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

**Passo 6:** Depois que você e sua equipa tiverem identificado e aprofundado seu entendimento das causas raízes dos sintomas que surgem na situação actual, poderão começar a seleccionar as **acções prioritárias** que poderão tratar dessas causas raízes. Como profissionais de saúde, sabemos que tratar os sintomas pode ser custoso e ineficaz, se as causas subjacentes não forem abordadas.

Você terá que identificar as acções prioritárias que têm mais probabilidade de ter sucesso, ao fazer duas perguntas: "Que intervenções já demonstraram ter sucesso em situações similares, em outros lugares?" e "Dados os recursos que temos disponíveis, o que poderíamos fazer agora mesmo?"

Até aqui, você utilizou as práticas de liderança para responder às perguntas do Modelo do Desafio. Criou uma visão inspiradora; explorou a situação actual, as causas raízes dos obstáculos, e as intervenções disponíveis; focalizou um resultado mensurável e as acções prioritárias para alcançá-lo; e conseguiu alinhar e mobilizar a sua equipa para percorrer todo o processo.

**Passo 7:** Depois de ter feito todo o trabalho de base nos passos anteriores, tem agora tudo o que necessita para elaborar um plano de acção e enfrentar seu desafio. Agora entram em jogo as práticas de gestão, enquanto você e sua equipa planeiam as actividades que sua organização empreenderá, organizam seus recursos para a implementação, monitoram a execução do plano, avaliam os resultados, e aprendem com eles.

Como um gestor que lidera, poderá usar o Modelo do Desafio para criar um mapa de orientação para você e sua equipa, seja qual for sua especialização clínica ou de gestão.

> O Capítulo 2 de *Gestores que Lideram* tem amplas informações de como usar o Modelo do Desafio.

## Práticas comprovadas

- Você pode fortalecer suas habilidades de liderança e gestão, seja qual for sua posição de trabalho; a boa liderança e gestão são necessárias em todos os níveis de uma organização. Se fizer o que já sabe de forma mais consciente, sistemática e intencional, e se estimular seu pessoal a fazer o mesmo, pode também se tornar um "gestor que lidera".
- Entender e aplicar as 12 práticas de gestão, liderança e governação podem ajudá-lo e ao seu pessoal a aperfeiçoarem o ambiente de trabalho, melhorar o sistema de gestão, captar e alocar recursos de forma prudente, responder pró-activamente às mudanças, e assumir os seus próprios desafios. Estas mudanças resultarão em melhores serviços para os utentes e suas comunidades.
- Se monitorar as "transições dos líderes" em suas próprias atitudes e crenças, poderá manter as mudanças positivas e resistir a qualquer tendência de retroceder às preocupações com suas próprias necessidades, reputação ou imagem, em vez de focalizar no bem comum.

- O Modelo do Desafio é uma ferramenta simples para sistematicamente transformar os sonhos em acção. Ao atrelar seu trabalho quotidiano com uma visão convincente e ao seguir cuidadosamente os passos do modelo, você e sua equipa podem atravessar os tempos difíceis e produzir resultados significativos de saúde pública.

## Glossário de termos de gestão e liderança

**clima de trabalho:** Atmosfera prevalente no trabalho, da forma que os funcionários a experimentam.

**gestão:** Planear e usar recursos eficientemente para produzir resultados esperados.

**gestor que lidera:** Alguém que habilita a si e a outros para enfrentar desafios e alcançar resultados.

**governação:** Processo colectivo de tomar decisões em organizações, nos sistemas de saúde, ou no sector de saúde. A governação é (1) estabelecer direcção e objectivos estratégicos; (2) elaborar políticas, leis, regras, regulamentos ou decisões, para além de captar e distribuir recursos para realizar as metas e objectivos estratégicos; e (3) supervisionar e certificar-se de que as metas e objectivos estratégicos sejam realizados.

**liderar:** Mobilizar os outros para visualizar e realizar um futuro melhor.

**liderar e gerir:** Habilitar-se a si e aos outros para estabelecer uma direcção, enfrentar desafios e alcançar resultados.

**missão:** Declaração clara e concisa da razão de ser de uma organização, programa ou equipa; é uma afirmativa que responde à pergunta: "Por que existimos?" A missão dá orientação, uniformidade e significado às decisões e actividades da organização em todos os níveis. É o cerne em torno do qual o pessoal concentra seus melhores esforços.

**modelo do desafio:** Ferramenta gráfica e analítica que ajuda os utentes, de forma sistemática, a determinar como sair de uma situação indesejável e chegar a um resultado mensurável e desejável que contribua para alcançar a visão e realizar a missão.

**resultado SMART:** É um resultado específico, mensurável, apropriado, realista e de prazo marcado.

**transição do líder:** Mudança nas atitudes, crenças e comportamentos de um líder.

**visão:** Imagem de um estado futuro desejado em direcção ao qual uma equipa, organização, projecto ou programa se aproxima quando começa a agir.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## Referências e recursos

Abrams, I., ed. "Rigoberta Menchú Tum: The Nobel Peace Prize 1992," in *Nobel Lectures in Peace 1991–95.* Singapore: World Scientific Publishing Co., 1999, http://nobelprize.org/nobel_prizes/peace/laureates/1992/tum-bio.html (acessado Julho 4, 2009).

Bragar, Joan L. *Effective Leadership Practices for Managers: Balancing Interdependence and Autonomy.* PhD diss., Cambridge, MA: Harvard University Graduate School of Education, p. 143.

Brown, Jonathan C., Didem Ayvalikli, e Nadeem Mohammad. *Turning Bureaucrats into Warriors: Preparing and Implementing Multi-Sector HIV/AIDS Programs in Africa: A Generic Operations Manual.* Washington, DC: Banco Mundial, 2004, http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/EXTAFRHEANUTPOP/EXTAFRREGTOPHIVAIDS/0,,contentMDK:20488911~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:717148,00.html (acessado Dezembro 4, 2009).

Covey, Stephen R. *The Seven Habits of Highly Effective People: Powerful Lessons in Personal Change.* New York: Simon & Schuster, 2004.

Covey, Stephen R., A. Roger Merrill, e Rebecca R. Merrill. *First Things First.* London: Simon & Schuster, 1994.

Daloz Parks, Sharon. *Leadership Can Be Taught: A Bold Approach for a Complex World.* Boston, MA: Harvard Business Press, 2005.

Fritz, Robert. *The Path of Least Resistance: Learning to Become the Creative Force in Your Own Life.* New York: Fawcett Columbine, 1989.

Greenleaf, Robert. K. *The Power of Servant Leadership: Essays.* Editado por Larry C. Spears. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, 1998.

Heifetz, Ronald A. *Leadership without Easy Answers.* Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press, 1994.

Heifetz, Ronald A., e Donald. L. Laurie. "The Work of Leadership." *Harvard Business Review* vol. 75, no. 1, (1997): 124–34.

Heifetz, Ronald A., John V. Kania, e Mark Kramer. "Leading Boldly: Foundations Can Move Past Traditional Approaches to Create Social Change through Imaginative—and Even Controversial—Leadership." *Stanford Social Innovation Review* (Winter 2004): 21–31, http://www.ssireview.org/articles/entry/leading_boldly/ (acessado Dez. 4, 2009).

Kotter, John P. "What Leaders Really Do." *Harvard Business Review* vol. 68, no. 8 (1990): 103–11.

————. "Leading Change: Why Transformation Efforts Fail." *Harvard Business Review* vol. 73, no. 2 (1995): 59–67.

————. *Leading Change.* Cambridge, MA: Harvard Business Press, 1996.

————. "Why Change?" *Executive Excellence Publishing* vol. 15 (1998): 5.

Kouzes, James M., e Barry Z. Posner. *The Leadership Challenge: How to Get Extraordinary Things Done in Organizations.* San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1987.

Lewin, K. *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers.* Edited by Dorwin Cartwright. New York: Harper & Row, 1951.

Magretta, Joan. *What Management Is: How It Works and Why It's Everyone's Business.* New York: Free Press, 2002.

Management Sciences for Health. "Managers Who Lead Effectively: Internal Report on the Management & Leadership Project's Leadership Inquiry." Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2000.

————. *Managers Who Lead: A Handbook for Improving Health Services.* Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2005. www.msh.org/resource-center/managers-who-lead.cfm (acessado Abril 23, 2010).

Mansour, Morsi, Joan Bragar Mansour, e Abdo Hasan El Swesy. "Scaling Up Proven Public Health Interventions through a Locally Owned and Sustained Leadership Development Programme in Rural Upper Egypt. *Human Resources for Health* vol. 8, no. 1, 2010, http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-8-1.pdf (acessado Fev. 17, 2010).

Raelin, Joseph A., e David Coghlan. "Developing Managers as Learners and Researchers: Using Action Learning and Action Research." *Journal of Management Education* vol. 30 (2006): 670–89.

Reina, Dennis, e Michelle L. Reina.*Trust and Betrayal in the Workplace—Building Effective Relationships in Your Organization*, 2nd ed. San Francisco: Berrett-Kohler, 2006.

Schein, Edgar H."Kurt Lewin's Change Theory in the Field and in the Classroom: Notes Toward a Model of Managed Learning." *Systems Practice.* http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02173417 (acessado Dez. 4, 2009).

Senge, Peter M. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization.* New York: Doubleday Currency, 1990.

Srivastva, Suresh, e David L. Cooperrider. *Positive Image, Positive Action: The Affirming Basis of Organizing: Appreciative Management and Leadership.* Euclid, OH: Williams Custom Publishing, 1999.

Stringer, Robert. *Leadership and Organizational Climate.* Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc., 2002.

# APÊNDICE A. Diagnóstico das Causas Raízes – O Diagrama de Espinha de Peixe e a Técnica dos 5 Por Quês

## O DIAGRAMA DE ESPINHA DE PEIXE

Depois de usar o Modelo do Desafio para revelar os obstáculos que lhe impedem de alcançar os resultados pretendidos, você poderá usar o diagrama de espinha de peixe para identificar as causas raízes desses obstáculos.

Continue a trabalhar com sua equipe para aproveitar os conhecimentos e as perspectivas de muitas pessoas, o que melhorará a qualidade da sua análise. Se possível, desenhe o Diagrama de Espinha de Peixe mostrado na Figura A-1 num papel gigante ou quadro negro, para que todos possam vê-lo e discuti-lo.

**Passo 1:** Anote, no quadro da extrema direita do Diagrama de Espinha de Peixe, um obstáculo que já tenha definido no seu Modelo do Desafio.

**Passo 2:** Discuta intensamente as possíveis razões deste obstáculo criar uma desfasagem entre a situação actual e o resultado por você pretendido. Discuta cada um dos factores principais—pessoal, directrizes, processos e procedimentos, e ambiente—e como cada um pode contribuir ao obstáculo.

- Pessoal: conhecimentos, habilidades, motivação, suporte
- Directrizes: regras e regulamentos que você pode afectar
- Processos e procedimentos: padrões e normas, equipamentos
- Ambiente: Ministério da Saúde, comunidade e outras partes interessadas

A utilização dessas quatro categorias ajudará você a organizar suas ideias. Em grupo, busque as possíveis causas da desfasagem de desempenho e classifique-as por categoria. Pode seleccionar outras categorias se estas quatro não se aplicarem à sua situação.

**Passo 3:** Anote as possíveis razões no diagrama, agrupando-as por categoria. As categorias se conectam com a espinha central do diagrama.

**Passo 4:** Identifique as causas que são as mais responsáveis pelo problema. Faça isto ao sondar mais profundamente para entender os factores que mantêm a situação actual como está, e impedem que você avance em direcção ao seu resultado esperado. Use a Técnica dos 5 Por Quês (veja a próxima página) para ajudá-lo a sondar com maior profundidade.

Discuta e seleccione as causas que, se forem tratadas correctamente, lhe permitirão avançar mais seguramente em direcção ao resultado esperado. Faça um círculo em torno dessas causas.

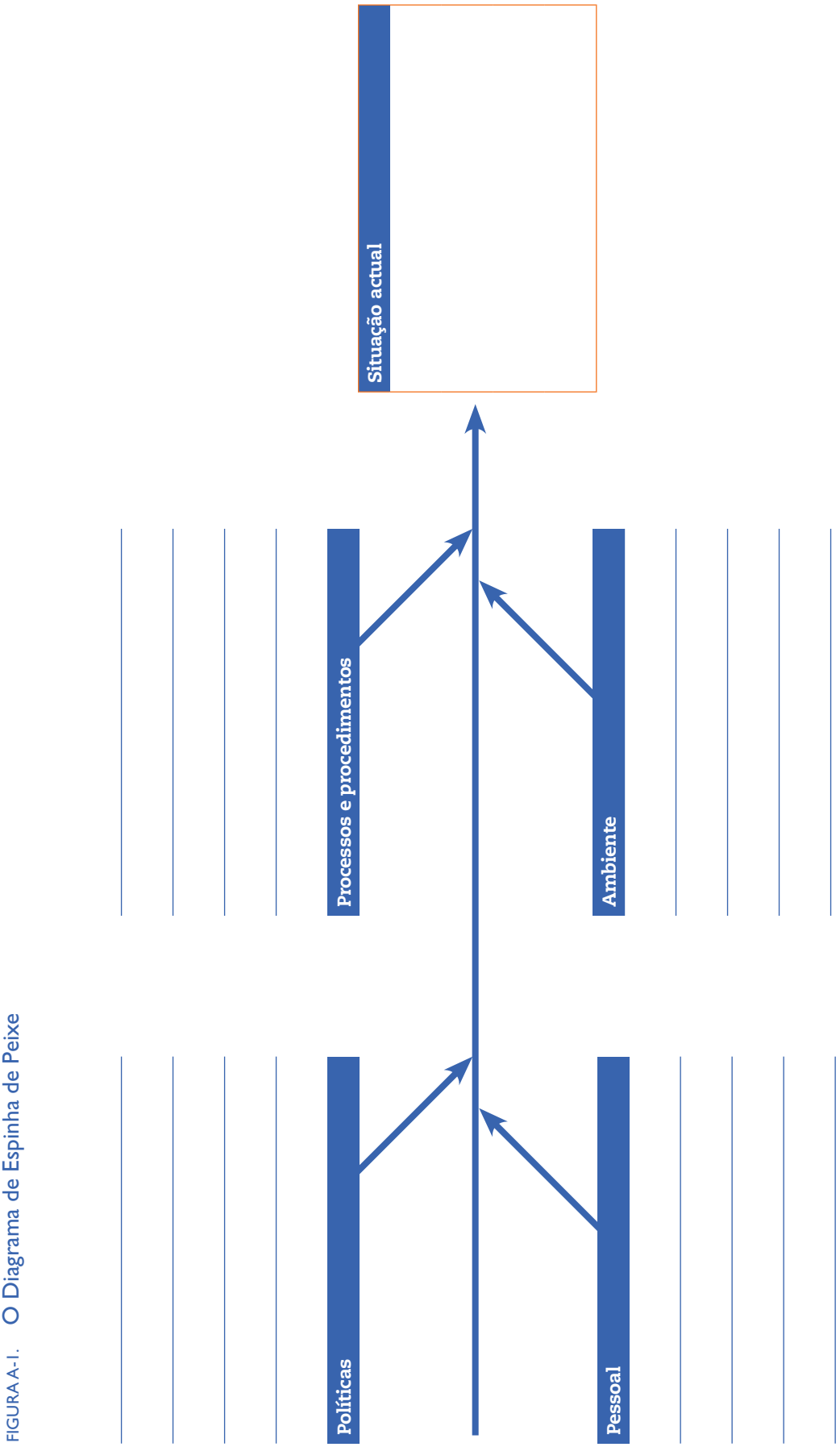



FIGURA A-1. O Diagrama de Espinha de Peixe

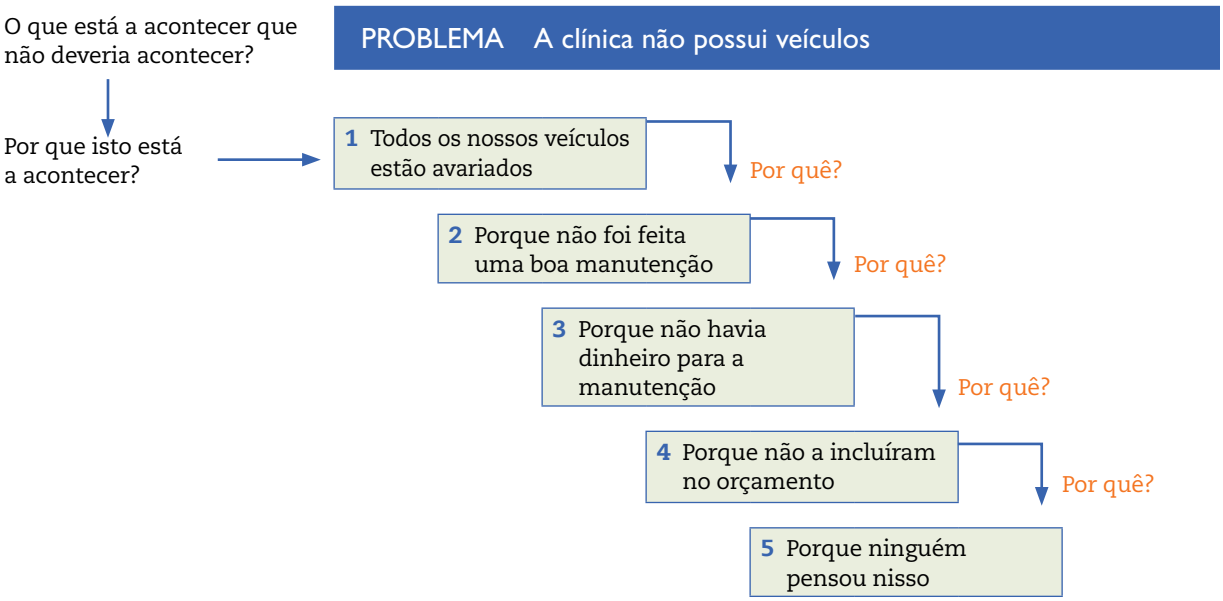
© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## A TÉCNICA DOS 5 POR QUÊS

O exercício dos 5 Por Quês é uma técnica de questionamento desenvolvida por Imai Masaaki, que se tornou popular como parte do Sistema de Produção da Toyota nos anos 70. Ela pode ajudar à sua equipe passar além dos sintomas óbvios e identificar as causas primárias ou raízes de um problema. Ao fazer a pergunta "Por Quê?" cinco vezes, você evita confundir sintomas com causas, e forma uma ideia mais completa de como o problema surgiu.

Quando estiver a trabalhar com um diagrama de causa e efeito e já tiver identificado uma causa provável, pergunte: "Por que isto é verdade?" ou "Por que isto está a acontecer?" Depois de cada resposta, pergunte "Por Quê" novamente. Continue a perguntar "Por Quê" pelo menos cinco vezes, até que a resposta seja "É assim que as coisas são" ou "É exactamente isto o que aconteceu". A partir daí, poderá trabalhar para tratar dos factores subjacentes que realmente causam o problema.

FIGURA A-2. Um Exemplo da Técnica dos 5 Por Quês



CAPÍTULO 3

# Governação de Sistemas de Saúde e Organizações de Saúde

*Mahesh Shukla*
*Lourdes de la Peza*
*Karen Johnson Lassner*

1. Obter Resultados Através do Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
2. Liderança e Gestão: Competências Críticas para o Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
3. Governação de Sistemas de Saúde e Organizações de Saúde
4. Inclusão da Perspectiva de Género nos Sistemas de Saúde
5. Planear o Trabalho e Executar o Plano
6. Gestão de Recursos Humanos
7. Gestão das Finanças e dos Sistemas Relacionados
8. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde
9. Gestão das Informações: Monitoria e Avaliação
10. Gestão da Prestação de Serviços de Saúde

Este capítulo tem como objectivo apoiar o importante trabalho realizado pelos líderes que governam as organizações que prestam serviços de saúde. Os princípios e práticas descritos neste capítulo aplicam-se a várias organizações no sector de saúde de um país, nomeadamente organizações de seguro de saúde e de suprimentos biomédicos e farmacêuticos, mas o principal foco, aqui, são as organizações que prestam serviços de saúde ou que promovem um melhor atendimento de saúde e melhorias nesse sector.

Este capítulo pode ajudar os órgãos de governação a melhorar seu desempenho e seus processos de tomada de decisão. Ele examina as obrigações e papéis essenciais dos órgãos de governação das organizações que prestam serviços de saúde — o que eles fazem — e explica como podem desempenhar melhor o seu papel e cumprir as suas obrigações ao dominarem as quatro práticas principais de governação.

Este capítulo é dividido em quatro secções principais. A primeira apresenta as quatro práticas essenciais para a boa governação nos sectores de saúde e instituições de saúde. A segunda, terceira e quarta secções explicam a aplicação das quatro práticas dentro de organizações do governo, organizações multissectoriais, organizações não governamentais (ONGs) e organizações da sociedade civil (OSC).

A governação da saúde ocorre também no nível transnacional (por exemplo, na Organização Mundial de Saúde, Organização Mundial do Comércio, e Banco Mundial), mas este capítulo se concentra na governação de organizações públicas multissectoriais, e as organizações sem fins lucrativos, dedicadas ao planeamento, coordenação e prestação de serviços de saúde para cuidar de doenças transmissíveis e não transmissíveis. O capítulo também aborda a

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

governação dentro de um ministério de saúde, da governação de saúde distrital e provincial, e da governação de saúde comunitária.

## Introdução

A governação da saúde é um processo no qual um grupo de líderes internacionais, nacionais, subnacionais ou comunitários cria (através de políticas, regulamentações e actividades de supervisão estratégica) as condições nas quais recursos escassos são mobilizados e distribuídos para proteger, promover ou restaurar a saúde das populações. As quatro práticas essenciais da boa governação são:

1. Prestar contas com responsabilidade
2. Engajar os grupos de interesse
3. Estabelecer uma direcção comum
4. Administrar os recursos correctamente

As pessoas que administram as organizações que prestam serviços de saúde precisarão cada vez mais interagir com, trabalhar para, e fazer parcerias com os órgãos de governação. Seu trabalho e desempenho como gestores de saúde podem ser aperfeiçoados por uma parceria produtiva com o órgão de governação porque, se não tiverem um relacionamento produtivo entre si, essas pessoas poderão sofrer frustrações e limitações significativas que vão afectar o sucesso da sua organização e da sua carreira.

É importante entender o papel básico de um órgão de governação. Trata-se da parte responsável por elaborar políticas e estratégias e por mobilizar recursos para cumprir a missão da organização. O papel fundamental que o órgão de governação desempenha, além da supervisão, da administração, e da organização, é ser o promotor principal e a consciência da missão da organização (o motivo pelo qual a organização existe), e garantir que essa missão contribua da melhor forma possível para atender às necessidades da população a que a organização atende e que justificam sua existência. Os deveres de cuidado, fidelidade e obediência são as responsabilidades legais do órgão de governação; eles descrevem a forma como o órgão de governação desempenha seu papel central que é o de exercer a supervisão da missão da organização.

> **Dever de cuidado** é a responsabilidade que tem o órgão de governação de recolher e considerar todas as informações pertinentes e disponíveis, a nível razoável, antes de tomar medidas. Os membros do órgão de governação devem agir de boa-fé, com o cuidado com que uma pessoa ordinariamente prudente agiria em situações semelhantes, e do modo como acreditam, a nível razoável, que seja do interesse da organização.
>
> **Dever de lealdade** prevê que o órgão de governação e seus membros executem seus deveres com transparência, de forma a beneficiar a organização de serviços de saúde, e não os seus próprios interesses. Inclui o dever de relatar situações que possam representar um conflito ou o potencial de conflito entre eles e a missão da organização, assim como o dever de evitar competir com a organização.
>
> **Dever de obediência** requer que o órgão de governação assegure que as decisões e actividades da organização estejam de acordo com sua missão e finalidade fundamentais, geralmente espelhados nos documentos iniciais de registo ou constituição da organização.

Para cumprir com eficácia os três deveres acima, o órgão de governação trabalha com os seus gestores e o seu pessoal para cumprir a missão da organização, ao formular políticas específicas em seis áreas principais: (1) desempenho de qualidade, (2) desempenho financeiro, (3) desempenho de planeamento, (4) desempenho da administração, (5) eficácia da governação, e (6) relações com os grupos de interesse e defesa de causas. O órgão de governação implementa essas políticas ao trabalhar com os profissionais de saúde e a administração da organização e adopta metas de resultados específicos que medem o desempenho geral da organização com respeito a cada política.

## Porque a boa governação é importante

A boa governação se tornou um elemento essencial para se construir sistemas de saúde mais resistentes e obter um impacto maior na área de saúde. A boa governação permite o uso eficaz de medicamentos, informações, recursos humanos e finanças para obter um melhor desempenho dos serviços de saúde e melhores resultados de saúde. A má governação, por outro lado, prejudica a vitalidade do sistema de saúde, e o torna menos eficaz, menos eficiente, menos justo, menos confiável, e menos voltado às necessidades das pessoas que o sistema deve atender.

Já estão a surgir um grupo de evidências a demonstrar que a governação eficaz traz melhores resultados de saúde. Um bom exemplo é o estudo realizado por Björkman e Svensson (2009) em 50 comunidades rurais de Uganda que mostrou que a monitoria dos serviços de saúde pela comunidade trouxe melhores resultados de saúde; as comunidades onde houve intervenção da supervisão estratégica tiveram um aumento significativo do peso dos bebés e até 33% de redução da taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos de idade. Os membros da comunidade se envolviam na supervisão de dispensários públicos e exigiam maior responsabilidade dos prestadores de serviços de saúde no seu trabalho.

No seu estudo sobre 46 países africanos, Olafsdottir e outros (2011) constataram que a boa governação estava inversamente relacionada com a taxa de mortalidade da população com menos de cinco anos de idade, depois de ser instituído  o controlo de atendimento de saúde, finanças, educação, água e saneamento. Por outro lado, vários estudos revelaram que uma má governação em geral, principalmente do sector de saúde, contribuía para resultados de saúde insatisfatórios. (Gupta et al. 2009; Azfar et al. 2001; Delavallade 2006; Lindelow, Serneels, e Lemma 2006; Rajkumar e Swaroop 2008). A ineficiente governação permite que a corrupção floresça; Hanf et al. (2011) concluíram que a morte de mais de 140.000 crianças por ano pode ser atribuída indirectamente à corrupção.

Para além disso, a boa governação ajuda a instaurar o tipo de mudança institucional que contribui para que o país assuma o controlo dos programas de saúde implementados por meio da assistência internacional.

## O que caracteriza uma boa governação?

A boa governação reúne vários agentes, recursos e interesses para promover **acções colectivas e responsáveis com vistas a atingir metas acordadas.** Por que "colectivas"? Porque os desafios são grandes demais e a relação entre insumos e resultados imediatos é muito complexa para que um só agente seja capaz de fazer isso. Por que "responsável"? Porque vivemos em um mundo com recursos limitados – seja dinheiro, medicamentos, energia humana ou atenção – que, se não forem usados com sabedoria e sensatez se

esgotarão, beneficiarão alguns e prejudicarão a outros, ou não atenderão às necessidades prioritárias. Por que "metas acordadas"? Porque temos de reconhecer que percepções, necessidades e experiências variam bastante, e que só podemos avançar juntos se o destino for um lugar aonde todos quisermos chegar. Na falta de metas compartilhadas, o resultado será provavelmente, no melhor dos casos, a apatia e, no pior dos casos, a sabotagem.

Para entender a governação de saúde na forma em que é praticada em todo o mundo e entender o que é uma boa governação, realizamos um inquérito de mais de 500 pessoas em cargos de liderança, governação ou administração de nível superior nos sectores de saúde e em instituições de saúde de 80 países (acessar a síntese do relatório aqui). Foi através de respostas das pessoas entrevistadas que aprendemos o que é a governação e os elementos que compõem uma boa governação no campo da saúde.

A governação é um processo colectivo de tomada de decisões em organizações, sistemas de saúde ou no sector de saúde. Governação é (1) estabelecer objectivos e direcção estratégica; (2) elaborar políticas, leis, normas, regulamentações ou decisões, e captar e distribuir os recursos para atingir metas e objectivos estratégicos; (3) fiscalizar e garantir que as metas e objectivos estratégicos sejam atingidos. A governação cria um ambiente no qual se possa tomar medidas legítimas para atender às necessidades dos grupos de interesse.

A governação é eficaz quando os objectivos estratégicos são atingidos com eficiência e sucesso, mas a boa governação vai muito além disso. A governação é boa quando (1) as decisões se baseiam em informações, evidências e valores compartilhados; (2) o processo é transparente, inclusivo e leva em consideração as necessidades das pessoas, do ministério, ou da organização a que serve; (3) aqueles que tomam as decisões e aqueles que as implementam são responsáveis e confiáveis; (4) os objectivos estratégicos são atingidos com eficácia, eficiência, de forma ética e justa; e (5) a vitalidade do ministério ou da organização é preservada.

### QUADRO 1. Uma visão da boa governação no sector de saúde

No sector de saúde, sistema de saúde ou em uma organização de saúde que seja bem administrada, podemos esperar encontrar o seguinte:

- Abertura e transparência
- Prestação de contas responsável
- Inclusão e participação
- Equidade
- Programas e políticas sensíveis à questão de género
- Colaboração intersectorial
- Práticas eficazes de liderança e gestão
- Integridade moral e ética
- Busca da eficiência e da sustentabilidade
- Avaliação e relatórios de desempenho
- Uso de informações, evidência e tecnologia no processo de tomada de decisão

A partir das respostas desses mais de 500 líderes no sector de saúde, também definimos as quatro práticas que definem uma boa governação: (1) prestar contas com responsabilidades, (2) engajar os grupos de interesse, (3) estabelecer uma direcção comum, e (4) administrar os recursos correctamente. Quando todas essas práticas são implementadas em um sistema de saúde, tem-se um desempenho melhor do sistema e maiores níveis de protecção, promoção e restauração da saúde. Nas secções seguintes, discutiremos como executar essas práticas na sua organização.

**Relação entre liderança, gestão e governação.** Liderança, gestão e governação são elementos interdependentes e sobrepostos que se reforçam mutuamente. Todos os três contribuem para alcançar um resultado desejado, sendo que a liderança eficaz é um pré-requisito para a boa governação, e a gestão eficaz é um apoio crítico à boa governação. A boa governação contribui com finalidade, recursos, e responsabilidade à gestão.

Em um sistema de saúde, existem líderes de todos os níveis: líderes que governam ou líderes que exercem a governação, líderes que gerem ou gestores de nível superior, líderes clínicos, líderes de equipas de profissionais da saúde, e assim por diante. Sem uma boa liderança, não podemos ter uma boa gestão nem uma boa governação. Vamos examinar mais de perto o modelo e as práticas da boa governação.

**Modelo conceptual da governação dos sistemas de saúde.** Como se pode ver no modelo (Figura 1), consideramos a governação uma responsabilidade colectiva compartilhada pelos líderes que governam, gestores de nível superior, aqueles que prestam serviços e interagem com a população, e aqueles cujas necessidades estão a ser atendidas. Todos esses grupos contribuem para criar uma boa governação e para ajudá-la a atingir seus objectivos estratégicos. Em todos os níveis de um sistema de saúde – nacional, provincial, distrital, institucional, dos centros de saúde e comunitário – podemos utilizar as quatro práticas para aperfeiçoar a governação.

FIGURA 1. Modelo Conceptual da Governação dos Sistemas de Saúde

As pessoas estão no centro deste modelo. Elas incluem líderes que governam e gerem os sistemas de saúde, o sector de saúde e vários outros sectores que afectam a saúde. Incluem também os profissionais de saúde – pessoal médico, pessoal de enfermagem e outros profissionais clínicos e de saúde que prestam serviços de saúde pública na comunidade. Por último, incluem as comunidades e as famílias que são as utentes dos sistemas de saúde e que promovem a sua própria saúde e exigem serviços de qualidade. Os líderes que governam fazem isto em estreita parceria com os gestores de saúde, prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde, líderes comunitários e utentes, assim como líderes de governação de outros sectores. Eles facilitam o trabalho dos gestores que, por sua vez, facilitam o trabalho do pessoal clínico e dos profissionais de saúde.

**Uma questão de transições da governação.** No Capítulo 2, mencionamos transições dos líderes, ou seja, as mudanças de atitudes e de comportamentos que os líderes podem empreender para serem mais eficazes como líderes. Do mesmo modo, vemos uma série de transições da governação que os líderes que governam precisam adoptar para governar bem. Considere as mencionadas na Tabela 1: até que ponto essas mudanças estão a ser feitas na sua organização?

TABELA 1. Transições da governação

| DE | PARA |
|---|---|
| Processos de governação do século 20, com intensiva mão-de-obra | Processos de governação do século 21, apoiados pela tecnologia |
| Governação como de costume | Busca de eficiência e sustentabilidade nos sistemas de saúde |
| Governação orientada a insumos | Governação orientada a resultados, por ex., uma cultura preocupada em medir e relatar os resultados |
| Processos arbitrários de tomada de decisão | Processos transparentes de tomada de decisão |
| Governação baseada em intuição e opinião | Governação baseada em evidências |
| Tomada de decisão autoritária | Participação dos grupos de interesse na tomada de decisões de governação |
| Planeamento estratégico orientado pela gestão | Planeamento estratégico orientado pelas necessidades dos grupos de interesse |
| Indicações para cargos de governação baseadas em relacionamentos pessoais | Indicações para cargos de governação baseadas na competência |
| Processo estático de governação | Melhoria constante da governação |
| Governação dominada por homens | Mulheres a ocupar cargos de governação |
| Ministérios de Saúde com estruturas de silos | Governação que inclui toda a sociedade e todo o governo |
| Controlo central do Ministério da Saúde | Órgãos de governação distritais e provinciais descentralizados |

## Cultivar a prestação de contas responsável

> *A prestação de contas responsável é a obrigação que todas as entidades públicas ou organizações sem fins lucrativos têm de responder a uma autoridade superior – de confiança popular – que é a fonte última do seu mandato e da sua autoridade.*
>
> Kevin Kearns, citado em Kurtz 1995

Há muitas dimensões da prestação de contas responsável. Vamos examinar algumas delas mais de perto.

**Compartilhar informações.** Compartilhar informações é decisivo para estabelecer a transparência e a prestação de contas financeira e programática. Aqui estão algumas formas de fazer isso. Use esta lista para avaliar até que ponto você próprio compartilha suas informações.

- Criar mecanismos para compartilhar informações e disponibilizar relatórios, planos e orçamentos, demonstrações financeiras e dados de desempenho para quem precisar dessas informações para participar de forma significativa no processo de tomada de decisões de governação.
- Compartilhar informações sobre estratégia, metas, padrões e desempenho com os grupos de interesse.
- O acesso às informações deve ser concedido àqueles que são afectados pelas decisões, transacções ou pelo trabalho da sua organização.
- Apresentar informações num formato fácil de entender.
- Usar tecnologias de comunicação e informação apropriadas para disseminar as informações para públicos variados.
- Estabelecer mecanismos formais de consulta através dos quais as partes representadas podem expressar suas preocupações ou fornecer retroinformação.

**Aumentar seu nível pessoal de prestação de contas.** Como membros do órgão de governação ou líderes que governam, recursos lhes são confiados para servir ao bem comum. A confiança dos seus grupos de interesse é um património precioso: difícil de ganhar, mas fácil de perder. Vejamos algumas formas de manter a confiança dessas partes e reforçar seu nível pessoal de responsabilidade. Use esta lista para avaliar até que ponto já está a fazer isto.

- Ouvir com a mente aberta os pontos de vista dos grupos de interesse, independentemente dos seus próprios interesses.
- Falar de forma aberta e transparente.
- Fazer apenas promessas que tem condições e poder para cumprir. Cumprir suas promessas e exigir dos outros que cumpram as deles, seja qual for a posição ou cargo que ocupem.
- Responder às perguntas da forma mais sincera possível.
- Acolher a retroinformação construtiva sobre suas acções e decisões.
- Evitar dar desculpas e culpar os outros pelos seus erros.
- Assumir seus erros e tomar medidas rapidamente para corrigi-los.
- Explicar seu processo de tomada de decisões e os motivos que ditaram as suas decisões. Responsabilizar-se por suas decisões. Aceitar responsabilidade pelo rumo futuro e pelo desempenho actual da sua organização.
- Procurar explicar algum desempenho insuficiente da sua organização e mostrar que medidas tomará a respeito.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

**Aumentar a prestação de contas interna, ou seja, a prestação de contas dentro da sua organização.** A transparência interna aumenta os níveis de fidelidade e colaboração dos funcionários. Vejamos algumas formas de estabelecer a transparência e a prestação de contas. Use esta lista para avaliar até que ponto você já tem um bom desempenho nesse sentido.

- Garantir o livre fluxo de informações dentro da organização para que os gestores e os funcionários tenham as informações de que necessitam para tomar decisões. Assegurar-se de que estão a receber os recursos suficientes para ter sucesso.
- Criar um ambiente no qual o comportamento de prestação de contas é recompensado em vez de temido.
- Encorajar seus gestores a não terem medo de fracassar.
- Estimular o correr riscos de forma calculada ao reconhecer os esforços e a coragem, mesmo quando os resultados esperados não são alcançados.
- Fornecer orientação clara para os funcionários sobre as metas e tarefas pelas quais eles são responsáveis, sem ter que microgerir o processo para conseguir isto.
- Definir as expectativas e dar retroinformação sobre o desempenho de forma específica, clara e oportuna.
- Garantir que o desempenho seja medido na sua organização, inclusive o desempenho da sua própria governação.
- Melhorar o desempenho ao definir consequências condizentes aos casos de mau desempenho ou não cumprimento, e recompensas para o trabalho feito com excelência, independentemente do cargo ocupado, do género ou da situação.
- Encorajar os funcionários a compartilhar tanto os sucessos quanto os problemas.

**Aumentar o nível de prestação de contas externa da sua organização.** É difícil prestação de contas externa sem ter transparência na prestação dase contas internas. Para que a prestação de contas externa seja estabelecida com eficácia, os líderes que governam precisam de:

- Deixar claro aos grupos de interesse o comportamento que eles podem esperar dos líderes de governação, da administração e do pessoal, assim como os critérios pelos quais seu desempenho poderá ser julgado de forma válida;
- Estabelecer mecanismos para investigar se os líderes de governação, a administração da organização e o seu pessoal cumpriram as metas, os padrões e alvos esperados; por exemplo, o gabinete de ouvidoria ou ou para um Inspector Geral;
- Estabelecer um processo no qual se exige que os líderes, gestores e funcionários sejam solicitados a defender suas acções, enfrentar as questões e prestarem contas ao público e aos grupos de interesse (um exemplo é o Fórum de Parceria do Fundo Global);
- Estabelecer um processo no qual os responsáveis tenham que prestar contas por estarem abaixo dos padrões esperados, ou sejam recompensados por atingir ou ultrapassar esses padrões.

**Prestação de contas social.** A responsabilidade social diz respeito a várias acções e mecanismos que os cidadãos, comunidades, os meios de comunicação independentes e as organizações da sociedade civil podem usar para exigir a prestação de contas por parte dos servidores públicos. Esses mecanismos contribuem para aperfeiçoar a prestação de serviços de saúde e aumentar o empoderamento do sector. Vejamos algumas maneiras de aumentar

## Uso da tecnologia para aumentar a transparência e a prestação de contas — Um exemplo do Quénia, Tanzânia e Uganda

Os telefones celulares e as tecnologias modernas de informação e comunicação podem-lhe ajudar a cultivar a prestação de contas. Os telemóveis podem facilitar a prestação de contas pública conduzida pelos cidadãos, por exemplo, através de aplicativos baseados em SMS que dão uma ideia geral frequente do comparecimento dos profissionais de saúde aos centros, do tempo de espera nas clínicas, da disponibilidade de medicamentos e vacinas, dos medicamentos fora do estoque, da funcionalidade dos equipamentos, e assim sucessivamente.

Twaweza (que significa "podemos fazer isso acontecer" em Swahili) é uma iniciativa que começou há dez anos, centrada nos cidadãos, cujo foco é a prestação de contas pública no Quénia, Tanzânia e Uganda. Seu objectivo é criar as condições e aumentar as oportunidades para que milhões de pessoas possam obter informações e fazer mudanças acontecerem nas suas próprias comunidades, directamente e ao exigir a prestação de contas pelo governo.

A CU@school, iniciativa piloto que conta com o apoio da Twaweza em Uganda, usou telemóveis básicos com a aplicação openXdata, baseada em GPRS, para gerar descrições semanais da frequência de professores e alunos em 100 escolas primárias. A ideia era usar dados em tempo real para melhorar a administração das escolas pelos governos locais, aumentar a transparência e a prestação de contas pública, e reduzir o absenteísmo de alunos e professores. Os resultados não foram totalmente satisfatórios. A tecnologia funcionou bem e mostrou-se extremamente económica, e a aderência ao cronograma de apresentação de relatórios pelas escolas foi bastante boa, mas as informações não foram usadas de forma totalmente eficaz pelos governos locais. Os programas e discussões na rádio local criaram alguma conscientização do público sobre o problema, mas não o suficiente para pressionar o sistema.

O absenteísmo é também um problema no caso dos profissionais de saúde, e os telemóveis podem ser usados também para aumentar a transparência e a prestação de contas. Uma lição importante do projecto-piloto acima, e de outras experiências para criar soluções de comunicação e informação centradas em tecnologia, é a de começar sempre pelos utentes e pelo seu contexto, e não pela tecnologia.

Leia mais sobre Twaweza aqui e clique aqui para ver um exemplo de relatório de falta de estoque na África do Sul, ao utilizar uma aplicação de iPhone ou Android para enviar um correio electrónico ou preencher um formulário num website.

a responsabilidade social. Use esta lista para avaliar até que ponto você já empreende as seguintes acções.

- Envolver os grupos de interesse nas actividades orçamentárias (clique aqui e aqui para ver exemplos) e no acompanhamento dos gastos públicos (clique aqui para ver um exemplo).
- Usar os resultados de inquéritos com cidadãos e/ou cartões de pontuação da comunidade (clique aqui para ver exemplos).
- Facilitar as auditorias sociais (leia sobre auditorias sociais aqui e aqui).
- Realizar audiências públicas (leia como realizar uma audiência pública aqui).
- Usar estações de rádio comunitárias para discutir iniciativas da comunidade, casos de sucesso e problemas encontrados, e também para estabelecer a prestação de contas com transparência (clique aqui para ver exemplos).
- Usar dados gerados pela utilização de tecnologias modernas de comunicação para aperfeiçoar a prestação de contas do desempenho. (Veja os exemplos de alguns países descritos a seguir e clique também aqui para ver mais exemplos).
- Usar a tecnologia para a troca de conhecimentos e o desenvolvimento da capacidade (click aqui e aqui para ver exemplos).

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## Engajamento com os grupos de interesse

> *O caso de negócios para a liderança e o engajamento é convincente: as organizações que possuem prestadores de serviço de saúde engajados permitem uma experiência melhor, apresentam menos erros, taxas mais baixas de infecção e mortalidade, gestão financeira mais sólida, funcionários mais entusiasmados e motivados e menos faltas ao trabalho e stresse. O engajamento dos pacientes promove um atendimento mais adequado e melhores resultados.*
>
> The King's Fund,
>
> *Liderança e Engajamento para Melhorias no SNS, pág. vi*

Os grupos de interesse de um sistema de saúde são grupos ou indivíduos que têm interesse no desempenho do sistema de saúde e que podem afectar ou serem afectados pelo funcionamento do sistema. Os principais grupos de interesse em um sistema de saúde típico são as comunidades, os utentes dos serviços de saúde, os profissionais e gestores de saúde, e também, os líderes que governam o sistema de saúde. Outros grupos de interesse incluem os representantes do governo ( distrital, provincial e nacional), autoridades eleitas, membros de organizações da sociedade civil, associações profissionais e dos meios de comunicação, dentre outros.

Existem cinco formas de promover o engajamento dos grupos de interesse no sistema de saúde, dependendo do grau de autoridade para tomar decisões que considerar como ideal numa determinada situação.

1. **Informar** (manter os grupos de interesse informados sobre as decisões, metas e actividades actuais para além deorientá-los sobre as políticas da sua organização)
2. **Consultar** (ouvir as preocupações dos grupos de interesse e fornecer retroinformação)
3. **Envolver** (trabalhar de forma coordenada com os grupos de interesse para garantir que suas preocupações estejam directamente reflectidas nas decisões que você tomar)
4. **Colaborar** (trabalhar com os grupos de interesse para elaborar definições e soluções dos problemas)
5. **Empoderar** (colocar o processo de tomada de decisões nas mãos das pessoas)

Um engajamento bem estruturado dos grupos de interesse exige tempo e dinheiro. Aqueles que governam devem levar em consideração esses custos e fazer o planeamento de forma apropriada.

### CRIAR UMA AMPLA REDE DE RELACIONAMENTOS

Para engajar os grupos de interesse, é importante criar coalizões e redes em todos os níveis do governo e da sociedade civil e com diferentes sectores. As acções em vários sectores, além do sector de saúde, podem impactar os agentes determinantes da saúde e, finalmente, os resultados de saúde a médio e longo prazo.

- Criar parcerias com ministérios que desempenham um papel fundamental para melhorar a saúde do povo (por ex., desenvolvimento social, obras públicas, ambiente, educação, agricultura, comércio, mão de obra e empregos).
- Estabelecer alianças para empreender acções conjuntas com outros grupos ou redes que tenham contacto com públicos-alvo, com os quais sua organização não tenha ainda um relacionamento.
- Cooperar com as organizações privadas da sociedade civil e com fins lucrativos.
- Trabalhar com diferentes níveis — distrital, provincial, nacional e internacional.

O que é preciso fazer para reunir os principais interessados, adoptar uma abordagem colaborativa para tratar dos problemas, e depois adoptar um processo de colaboração que negocie interesses diferentes?

- **Tornar-se visível.** 80% do sucesso na vida vem do comparecimento e da participação. Participe de fóruns e eventos em que se reúnem os principais grupos de interesse que podem influenciar práticas e políticas de saúde. Dê palestras, cite evidências, e mostre os benefícios da boa saúde para todos. Use uma linguagem com a qual o público possa se identificar.
- **Fazer contactos.** Busque oportunidades de criar defensores da saúde em diferentes esferas do governo e da vida pública.
- **Investir em relacionamentos.** O tempo gasto para criar e manter relacionamentos com pessoas influentes é um tempo bem gasto.
- **Identificar seus principais grupos de interesse.** Quem são as pessoas que podem fazer acordos ou impedir que se realizem? Saiba onde reside o poder e cultive bons relacionamentos, ao comparecer a eventos, compartilhar informações, e buscar interesses comuns.
- **Ver possibilidades, em vez de problemas e obstáculos.** Mostre o que é possível, em vez de mostrar o que está errado; procure situações em que todos saiam ganhando.
- **Buscar novas perspectivas.** Descubra como pensam aqueles que geralmente não são levados em consideração: os que não têm voz, os que não têm poder, e os oponentes. Aqueles que não têm voz e não têm poder podem-lhe mostrar perspectivas que talvez não tenha, ainda, levado em consideração.
- **Criar e manter um espaço seguro para compartilhar ideias.** A participação genuína de todos os diversos grupos de interesse é viável quando todos sentem que é seguro compartilhar suas ideias.
- **Criar mecanismos independentes de resolução de conflitos.** Esteja preparado para tratar de interesses concorrentes e conflitos potenciais entre os diversos grupos de interesse, ao adoptar uma postura imparcial que seja aceitável para todos.
- **Não fugir das questões mais difíceis.** Lide com as questões difíceis de forma rápida e corajosa, caso contrário elas se transformarão em problemas de grande porte.
- **Reforçar a capacidade da sociedade civil.** Ajude a sociedade civil a aprender como se engajar com sua organização de forma eficaz.
- **Solicitar uma ampla contribuição dos grupos de interesse.** Realize reuniões abertas, inquéritos, fóruns para comentários públicos, e workshops para o público. Crie comités de assessoria de cidadãos.
- **Valorizar a retroinformação.** Incentive e responda a todas as formas de retroinformação de forma respeitosa e no momento mais oportuno.

## ENGAJAMENTO E APOIO AOS GRUPOS-CHAVE DENTRO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

**Interaja com os funcionários e profissionais de saúde.** Eles se sentem engajados quando têm trabalhos com tarefas bem definidas e que tenham significado, uma relativa autonomia para gerir seu trabalho, participação no processo de tomada de decisões, e apoio dos gestores da linha de frente. Os funcionários que se sentem engajados se sentem valorizados, respeitados, e apoaidos . Eles se animam com seu trabalho e têm orgulho do que fazem.

**Interaja com o pessoal médico e clínico.** Você pode melhorar o engajamento com pessoal médico e clínico de várias formas: ao descobrir juntos uma finalidade comum, tal como melhorar os resultados a médio e longo prazo e a eficiência, ao transformá-los em parceiros nos esforços para melhorar a qualidade, ao envolvê-los desde o início e valorizar seu tempo, facilitar as condições para que façam a coisa certa para os utentes; ao identificar e encorajar os lideres entre eles, e ao apoiar seu desenvolvimento profissional até atingirem posições de governação.

**Seja sensível a aspectos de género durante a consulta.** As mulheres são extremamente afectadas por resultados negativos de saúde, e por isso é especialmente importante que os líderes de governação sejam proactivos na incorporação das vozes das mulheres no processo de tomada de decisões de governação e para permitir que elas influenciem as decisões de governação. Realizar uma consulta basicamente com os homens fornece uma visão apenas parcial da situação. Procure obter as perspectivas das mulheres para ter um cenário mais completo dos possíveis riscos, impactos e oportunidades. Inclua mais mulheres na sala. É importante tornar as reuniões mais acessíveis e convenientes para as mulheres. Use o processo de facilitação activa para pedir a opinião das mulheres. Realize reuniões separadas com as mulheres sempre que necessário. Levante questões que sejam prioritárias para as mulheres. Discrimine seus dados segundo o género. Ouça as opiniões das organizações de mulheres, de líderes femininas e de especialistas em questões de género.

Quando pensar em equidade na saúde, pense nas mulheres, nos jovens, e nas populações mais pobres, assim como nos principais grupos vulneráveis e marginalizados, inclusive lésbicas, homossexuais, bissexuais e transexuais.

## Definir uma direcção compartilhada

> *O Órgão de Governação estabelece a direcção estratégica da organização e as suas políticas, entre elas, as necessárias para cumprir sua missão e atingir suas metas e objectivos. Com o Director Executivo, o órgão garante que os programas da organização, suas actividades e seus serviços reflictam suas prioridades estratégicas. Concentra-se no raciocínio estratégico e não se envolve com os assuntos quotidianos de gestão e operação. Finalmente, ele estabelece políticas e monitora as actividades da organização em todas as áreas.*
>
> Federação Internacional de Planeamento Familiar
> Código de Boa Governação

A direcção compartilhada resulta de um acordo sobre qual é o "estado ideal" todos desejam alcançar. Se não houver acordo sobre o que querem alcançar ou onde querem chegar, será muito difícil chegar a um acordo sobre as abordagens de como chegar nesse ponto. Se souber que todos estão a se mover na mesma direcção, será mais fácil obter o apoio para o processo de planeamento, avaliar o nível de preparação, e definir a estratégia para atingir essa visão. Poderá então elaborar um plano de acção compartilhada com metas mensuráveis que devem ser alcançadas, e definir responsabilidades para que o plano seja executado.

O Capítulo 2 deste manual tem mais informações sobre como definir uma visão compartilhada, e as páginas 182 a 188 do *Kit de Ferramentas dos Gestores que Lideram* fornecem exercícios sobre como formular uma visão comum.

TABELA 2. Processo de definição de uma direcção estratégia

| PERGUNTAR | ANALISAR |
|---|---|
| Onde estamos agora? | Avaliação interna e externa |
| Onde queremos chegar? | Visão |
| | Missão e princípios |
| | Metas e objectivos |
| Como chegaremos lá? | Estratégia |
| | Plano de acção |
| Como podemos medir o nosso progresso? | Métricas de desempenho |
| | Monitoria e acompanhamento |
| | Avaliação |

À medida que você define a direcção e trabalha para atingi-la, verifique seu nível de adesão às seguintes práticas:

- Aplicar o conhecimento e as evidências.
- Estabelecer a direcção estratégica ou visão para a sua organização, ao trabalhar com todos os grupos de interesse.
- Comunicar a visão.
- Incorporar a visão.
- Inspirar todos os que fazem parte do sistema para atingir a visão .
- Definir uma estratégia para atingir essa visão e elaborar um plano de acção compartilhada com metas mensuráveis para atingi-la.
- Estabelecer responsabilidades para a execução do plano.
- Obter e distribuir os recursos para implementar o plano de acção e cumprir a visão.
- Tomar decisões para realizar a visão.
- Avaliar o seu impacto.

O órgão de governação deverá também garantir a disponibilidade de sistemas de gestão que sejam eficientes para atingir a direcção compartilhada, ou seja, sistemas para gestão de serviços, pessoal e outros recursos. Também deve garantir que seus gestores de saúde usem com uniformidade e frequência as práticas de gestão eficazes: planeamento; organização para implementar o plano; implementação de actividades de forma eficaz, eficiente e responsável; e monitoria e avaliação dos resultados.

Os quatro princípios essenciais de planeamento, organização, implementação, e monitoria e avaliação são discutidos em maiores detalhes no Capítulo 5.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

## Administrar os recursos correctamente

> *Os conselhos que governam os departamentos de saúde locais garantem que os recursos adequados (legais, financeiros, humanos, tecnológicos e materiais) estejam disponíveis para a prestação dos serviços essenciais de saúde pública.*
>
> Associação Nacional de Conselhos de Saúde Locais (NALBH)
> *As seis funções de Governação de Saúde Pública da NALBH*

Um administrador é alguém que faz a gestão dos recursos financeiros e das propriedades de terceiros, agindo como seu agente. Administrar recursos é captar, mobilizar e alocar recursos, para além de providenciar sua utilização de forma ética e eficiente na prestação de serviços de alta qualidade, preço acessível, boa relação custo-benefício, adequados às necessidades da população, e que promovam a melhoria da saúde das pessoas. Os bons administradores protegem e usam, sensatamente, os recursos que lhes foram confiados para servir às pessoas, como se os recursos pertencessem a eles próprios. Eles recolhem, analisam e usam informações e evidências para tomar decisões sobre o uso dos recursos. Também utilizam a tecnologia, especialmente as tecnologias modernas de comunicação e informação, para essa finalidade.

Os líderes do sector de saúde que praticam a boa governação devem: (1) definir a amplitude e a natureza dos recursos necessários para implementar os planos estratégicos das suas organizações; (2) captar esses recursos necessários de diversas fontes; e (3) providenciar para que esses recursos sejam cuidadosamente utilizados e consumidos pelos gestores, pessoal clínico e profissionais de saúde. A governação inteligente exige a administração prudente de recursos escassos – humanos, tecnológicos, físicos e financeiros.

O que é necessário para ser um bom administrador? Verifique até que ponto os comportamentos abaixo estão a ser praticados actualmente em sua organização.

**Integridade moral e ética.** Temos aqui dois sentidos: um se refere à adopção de princípios éticos e morais, e o outro a colocar esses princípios em prática nas suas acções. Veja algumas formas de demonstrar a integridade moral e ética. Use esta lista para avaliar até que ponto já está a realizar as acções abaixo.

- Estabelecer, promover, praticar e fazer cumprir o código de ética e de conduta.
- Estabelecer e fazer cumprir uma política que exija a declaração de conflito de interesses.
- Evitar actividades ou relacionamentos que possam criar ou dar a impressão de criar conflito de interesses.
- Fazer frequentemente a pergunta "Se esses recursos fossem meus, eu os usaria com essa finalidade?", para garantir que o interesse público esteja a ser atendido.
- Ser honesto e verdadeiro nas suas declarações públicas. Ser coerente.
- Tomar medidas para evitar a corrupção. Ter sistemas de controlo mais rígidos, tais como os sistemas de compras e gestão financeira, e tomar medidas quando surgirem irregularidades.
- Demonstrar altos padrões de integridade pessoal, honestidade, sinceridade, lealdade, e responsabilidade em todas as suas actividades para inspirar confiança nos outros.
- Cumprir suas obrigações de forma altruísta, para benefício apenas do público.
- Manter seus interesses pessoais separados – trabalhe para a saúde das pessoas, não para o seu benefício pessoal.
- Evitar comportamentos que gerem dúvidas quanto à sua integridade.

- Não pedir nem aceitar um presente em retribuição a uma medida oficial, nem aceitar presentes caros e frequentes.
- Certificar-se de que nenhum trabalho externo interfira nas suas responsabilidades com a sua organização ou sua missão.

**Supervisão e fiscalização.** Os administradores estabelecem processos de supervisão e revisão para avaliar o impacto das decisões tomadas por gestores e líderes. Eles se concentram na missão, e sempre perguntam: "Estamos a alcançar o que definimos para alcançar?" e "Essa é a melhor maneira de chegar lá?". Considere o seguinte:

- As políticas e decisões estão a ser obedecidas e implementadas? Se não estão, você está a perguntar "por quê?" e "o que pode ser modificado?"?
- O desempenho dos gestores de saúde é verificado regularmente?
- Os gestores e os funcionários estão a actuar com integridade? Se não estiverem, ou se já detectou sinais de alerta, está a examinar os controlos internos e a fazer as modificações necessárias?
- A organização está numa situação financeira estável e sólida? Se não estiver, está a encorajar e a apoiar os líderes da organização para corrigir a situação?
- Está a usar dados financeiros reais para o planeamento, supervisão e avaliação, além de indicadores financeiros essenciais?
- A sua organização está a ser auditada de forma profissional, e os resultados das auditorias estão a ser levados em consideração?
- Você será capaz de continuar a mobilizar e designar recursos suficientes e apropriados (mão de obra, tecnologia, informações e finanças) para actividades que atendem às necessidades de saúde das suas comunidades no futuro?

O órgão de governação ou os líderes de governação têm responsabilidade final pela qualidade do atendimento prestado por uma organização. Os processos inteligentes de supervisão os ajudam a cumprir essa responsabilidade.

**Visitas periódicas ao terreno.** As visitas ao terreno não só permitem que você veja por si próprio e escute directamente as pessoas e o pessoal de serviço, em campo, sem os filtros criados pela hierarquia; se conduzidas cuidadosamente, elas podem motivar os profissionais de saúde da linha de frente. As pessoas da periferia geralmente se sentem esquecidas e negligenciadas. O facto de que alguém, do nível superior de gestão, faça um esforço para entrar em contacto e falar com essas pessoas, é muito importante e cria um ambiente de boa vontade geral. Os órgãos de governação mais prudentes fazem isto em parceria com a administração da organização, para evitar situações em que os profissionais de saúde ignorem os gestores e tentem influenciar de forma inapropriada os membros do órgão de governação.

**Facilitar a monitoria exercida pela comunidade.** Crie oportunidades para o público ser incluído no processo de monitoria e avaliação de como os recursos serão captados, distribuídos e utilizados e como os serviços de saúde são prestados. Clique aqui e aqui e aqui para ver exemplos.

**Busca da eficiência e sustentabilidade.** Busque a eficiência e sustentabilidade ao reorientar os processos, e obter resultados mais concretos e mensuráveis. Preste muita atenção na qualidade do serviço, concentre-se na monitoria e na melhoria constante da qualidade, desenvolva soluções de compra, armazenamento e distribuição que tenham boa relação custo-benefício, e reforce a supervisão dos processos de gestão de saúde e prestação de serviços.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

**Estabelecimento da cultura de avaliação do desempenho.** A avaliação do desempenho não deve ficar restrita aos gestores e funcionários. Como líderes de governação ou membros do órgão de governação, faça pausas, periodicamente, para a auto-reflexão, o diagnóstico de suas vantagens e limitações, e leve em consideração o seguinte:

- Até que ponto está a conseguir que os grupos de interesse participem de forma significativa do processo de tomada de decisões?
- Até que ponto você e sua organização estão conscientes e receptivos às diferenças de género?
- Até que ponto você e sua organização assumem responsabilidades perante os grupos de interesse?
- Qual o nível de transparência da sua governação?
- Quais são as suas medidas de desempenho – qual é o nível de eficácia do sistema de saúde? O que melhorou para as pessoas em termos de protecção financeira e de saúde?
- Até que ponto os recursos são bem utilizados? O que eles produziram?

Para aceder a instrumentos de auto-avaliação para avaliar seu próprio processo de governação, poderá usar nosso Guião de Aperfeiçoamento Constante de Governação, em processo de elaboração no primeiro semestre de 2014, que estará à disposição aqui.

Estabelecer uma cultura de avaliação do desempenho ajuda a aumentar a eficiência da sua organização. Use a lista abaixo para avaliar até que ponto está a criar esse tipo de cultura:

- **Desenvolver suas competências de governação** (conhecimento, habilidades, e capacidades), especialmente para cuidar da prestação de contas, liderar as mudanças, prestação e desempenho de serviços de saúde, negócios e finanças, recursos humanos e desenvolvimento de talentos, colaboração, orientação da comunidade, orientação para realizações, busca de informações, pensamento inovador, conscientização organizacional, profissionalismo, estabelecimento de relacionamentos, orientação de estratégia e liderança de equipa.
- **Desenvolver uma estratégia de avaliação,** ao identificar medidas para todos os objectivos estratégicos e operacionais.
- **Availar seu próprio desempenho** em relação à governação, desempenho do sistema de saúde, resultados e impacto na saúde.
- **Buscar retroinformação regularmente** sobre seu desempenho no sistema de saúde e na governação.
- **Envolver os grupos de interesse** na mensuração dos resultados e avaliação do seu próprio desempenho de governação.
- **Usar informações sobre desempenho** para melhorar os serviços e para avaliar, controlar, orçamentar, motivar, promover, celebrar, aprender e melhorar.
- **Usar dados, informações, evidências e tecnologia** para tomar decisões sobre governação.

### QUADRO 2. Como a tecnologia pode contribuir para a boa governação?

Os telemóveis e as novas tecnologias de comunicação e informação podem ser usados de forma eficaz para promover a transparência, cuidar da prestação de contas e promover o engajamento dos grupos de interesse. Os dados gerados ou transmitidos através dessas tecnologias são importantes para a tomada de decisões estratégicas. Essas tecnologias vão ajudar a recolher dados e evidência para avaliação, rapidamente. Elas vão ajudar também com a troca de conhecimentos sobre governação e desenvolvimento de capacidade.

As chamadas estratégias de mHealth (saúde móvel) e eHealth (meios electrónicos para a saúde) podem ajudar a melhorar seu nível de transparência e prestação de contas no sector de saúde, através da gestão de informações de saúde e sua exibição num website público. O uso de telemóveis facilita aos cidadãos o controlo da prestação de contas pública e a monitoria dos serviços de saúde.

Verifique seu nível de conhecimento nos seguintes aspectos:

- uso da tecnologia para gerir informações e recolher evidências;
- uso de evidências válidas e confiáveis para tomar decisões;
- uso de evidências para identificar problemas, enquadrar soluções e decidir como as soluções podem ser implementadas;
- engajar os grupos de interesse no uso das evidências como base das suas decisões;
- reforçar a capacidade dos funcionários em criar e usar evidências.

Nesta secção, examinamos práticas genéricas de boa governação no contexto da saúde. Nas secções seguintes, examinaremos o que pode ser feito para se ter uma boa governação no sector público, nos órgãos multissectoriais, e nas organizações da sociedade civil.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## Governação do sector público

Nesta secção, descrevemos as características do sector público ou governamental e os desafios da governação deste sector (para simplificar, usamos os termos "público" e "governo" como sinónimos, apesar de perder em precisão). Depois, explicamos como as quatro práticas da governação podem ser aplicadas no nível central, provincial, distrital e da comunidade.

Historicamente, a governação do sector público evoluiu a partir da gestão pública e da administração pública.

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
(Focaliza a administração por regras e normas estabelecidas, tendo a burocracia um papel central na elaboração e implementação de políticas)

GESTÃO PÚBLICA
(Ao aproveitar as lições da gestão do sector privado, a ênfase passou para a avaliação, gestão de desempenho, e gestão de custos na prestação de serviços, e no uso dos mercados, da concorrência, e de contratos para a prestação de serviços.)

GOVERNAÇÃO PÚBLICA
(Vários actores interdependentes contribuem para a elaboração de políticas e prestação de serviços públicos, onde os relacionamentos interorganizacionais são importantes.)

Na maioria dos países, podemos encontrar a coexistência de elementos da administração pública, gestão pública e governação pública.

### DESAFIOS DA GOVERNAÇÃO NO SECTOR PÚBLICO

A governação no sector público é diferente da governação no sector privado, que inclui tanto empresas com fins lucrativos, como organizações sem fins lucrativos. No sector privado, o conselho de administração e a directoria têm poder sobre dois recursos críticos: pessoas e dinheiro; ao passo que no sector público, o sistema de funcionalismo público e o sistema de controlos e equilíbrios podem permitir a protecção da permanência no cargo. A remoção de funcionários pode, frequentemente, ocorrer após um complicado processo de equidade. A governação no sector público também pode oferecer mais desafios, devido aos efeitos da tomada de decisões em reuniões abertas e transparentes e à exigência de cumprir o chamado processo devido. Isso pode impor algumas restrições à capacidade do órgão de governação de tratar com rapidez e eficiência questões delicadas relativas a investimentos em serviços estratégicos, compras, e análises de desempenho de executivos.

O sector público é basicamente estabelecido para garantir que o interesse público seja atendido. Esse interesse público pode residir na imparcialidade, na transparência, ou em outro aspecto que os legisladores e líderes que governam a sociedade decidirem definir como interesse público. As políticas públicas elaboradas para obter equidade ou um interesse público mais amplo podem não contribuir necessariamente para a eficiência. As políticas públicas podem também desestimular a inovação ou levar a uma ênfase exagerada no

processo, em vez de nos resultados. Um exemplo é a participação dos cidadãos no processo de tomada de decisões, o que é um processo complicado e demorado e no qual a desordem e as demoras configuram dois inimigos da eficiência. As entidades com fins lucrativos são livres para escolher a eficiência em detrimento da equidade.

As remunerações fixas e os planos de carreira, assim como a dificuldade de remover funcionários não produtivos e incompetentes devido a controlos rígidos de contratação e demissão, podem desincentivar os burocratas a aperfeiçoarem seu desempenho continuamente. Isso pode explicar a impressão comum de que os servidores públicos não se importam com nada. É claro que essa impressão é uma generalização grosseira, e reconhecemos que muitos servidores públicos estão profundamente comprometidos e empenhados com o serviço público.

Infelizmente, em várias jurisdições, os interesses dos políticos e dos administradores públicos não coincidem necessariamente aos interesses dos cidadãos, ou seja, o comportamento dos primeiros busca predominantemente obter ganhos ou recompensas pessoais (por ex., status, promoções, visibilidade, etc.). Encontramos políticos e administradores públicos dos dois tipos, alguns que servem e outros que prestam um desserviço aos seu público, a depender do sistema político no qual actuam. A divisão do poder, os limites de tempo de mandato para os servidores públicos eleitos, e as eleições competitivas podem contribuir para restringir o acúmulo e o abuso de poder no sector público.

No área de saúde, as falhas de governação do sector público podem se manifestar de diversas formas, tais como corrupção, ineficácia, desigualdade, e incapacidade de atender às necessidades na prestação de serviços, ou mesmo a total falta de serviços. Promulgar e fazer cumprir as leis e regulamentos que protejam a saúde e garantam a segurança continua a ser a responsabilidade apenas dos governos, e queremos que essa função da saúde pública essencial seja bem executada. Por isso, as quatro práticas de governação tornam-se ainda mais relevantes para a governação dos ministérios de saúde e das estruturas descentralizadas a eles submetidas. Se aplicadas de forma coerente e uniforme, elas lhe ajudarão a evitar as falhas de governação.

1. **Cuidar da prestação de contas responsávelmente** para garantir que os servidores públicos eleitos e os funcionários públicos prestem contas sobre suas promessas, acções e tarefas.
2. **Interagir com os grupos de interesse** para estabelecer a confiança, aprender, servir, e atingir os objectivos e metas estratégicos compartilhados.
3. **Definir a direcção compartilhada** para alinhar os grupos de interesse, para promover a cooperação, e reduzir as chances de resistência e sabotagem.
4. **Administrar os recursos correctamente** para utilizá-los de forma judiciosa, justa e com integridade, como se fossem seus.

**Governação no contexto da descentralização.** Vários países buscam a descentralização da sua autoridade política, administrativa, fiscal e de prestação de serviços com o objectivo de colocar os serviços e o poder de tomar decisões mais perto dos cidadãos. Apesar de o nível e dimensão da descentralização variarem de um país a outro, a boa governação no ministério de saúde e outros ministérios do governo, e nas entidades descentralizadas é fundamental para o sucesso dessas entidades fornecerem melhores serviços de saúde aos seus cidadãos. Nas páginas seguintes, examinaremos a boa governação nos diferentes níveis da hierarquia dos ministérios de saúde.

## ESTRUTURAS DE GOVERNAÇÃO NOS NÍVEIS CENTRAL, PROVINCIAL E DISTRITAL

Os ministérios de saúde estão no topo da hierarquia das estruturas de governação de saúde, e estão, cada vez mais a exigir estruturas de governação nas províncias, distritos e comunidades. A organização, autoridade, prestação de contas, e responsabilidades de cada nível varia de um país a outro. Consulte o Quadro 3 e leia como o Afeganistão organizou suas estruturas de governação desde as vilas até o ministério central de Cabul.

## APLICAÇÃO DAS QUATRO PRÁTICAS DE GOVERNAÇÃO NO SECTOR PÚBLICO

Vejamos como as quatro práticas de governação – (1) prestar contas com responsabilidade, (2) engajar os grupos de interesse, (3) estabelecer uma direcção estratégica comum, e (4) administrar os recursos correctamente – podem ser aplicadas nos ministérios de saúde e em seus escritórios nas províncias e distritos para obter resultados mensuráveis.

**Nos ministérios de saúde.** Nos seis exemplos de vários países de todo o mundo que veremos a seguir, pode-se ver a aplicação de uma ou mais das quatro práticas de governação. Tente identificar a prática ou práticas de governação utilizadas em cada um e avaliar se alguma delas poderia se aplicar à sua situação, e como.

1. Na Croácia, os hospitais são obrigados a divulgar as listas de espera, como forma de reduzir a prática em que os utentes tentam subornar médicos para passar à frente na fila. O Ministério de Saúde os Serviços Sociais introduziram uma lista de espera em âmbito nacional no início de 2008. Cada hospital tem uma unidade responsável pelo registo de utentes na lista de espera; todos os detalhes são listados na internet. Essa iniciativa diminuiu o tempo de espera em 30 a 50%.
2. Em Gana, funcionários do sector de transportes no Ministério de Saúde foram solicitados a calcular o uso de combustível por quilómetro e exibir os resultados em um quadro de avisos públicos. Essa transparência na divulgação do uso de combustível resultou em uma melhoria de 70% no uso de combustível por quilómetro em poucos anos, o que reduziu drasticamente os custos de utilização de veículos.
3. Ao usar informações de um estudo de 2008 em três distritos em Lesoto sobre segregação de género no trabalho de atendimento a pessoas com VIH e SIDA, um projecto financiado pelo USAID implementou várias intervenções para chegar a uma divisão mais justa da carga dos cuidados a utentes de VIH e SIDA, e fez recomendações sobre políticas ao governo de Lesoto.
4. Um Programa de Desenvolvimento de Liderança foi implementado em vários distritos no Alto Egipto, o que resultou em um aumento de 20 a 68% em novas consultas de planeamento familiar. O número de consultas de pré-natal e pós-parto também aumentou. Um elemento importante do programa foi a criação de uma visão compartilhada, de longo prazo, que se concretizou em vários resultados mensuráveis para o futuro próximo. Sem fundos externos, os líderes inspirados levaram o programa a muitos outros níveis, para alcançar mais de 184 centros de saúde e dar formação a mais de 1.000 profissionais de saúde sobre como criar uma visão compartilhada e definir metas mensuráveis. A redução obtida em mortalidade materna foi muito maior do que em programas semelhantes de outras províncias do Egipto.

## QUADRO 3. Estruturas de governação de saúde em províncias, distritos e comunidades do Afeganistão

No Afeganistão, o Comité Provincial de Coordenação da Saúde Pública (CPCSP) é um comité formal que reúne vários grupos de interesse no nível provincial e que possui várias responsabilidades estabelecidas pelo Ministério de Saúde Pública (MSP). O MSP também criou conselhos de saúde comunitários de consultoria e conselhos de centros de saúde nos níveis de posto de saúde, centro de saúde e hospitais distritais. Os conselhos comunitários de hospitais foram estabelecidos no nível de hospital provincial. O MSP está agora a criar Comités Distritais de Coordenação de Saúde (CDCS).

Os CPCSPs fornecem um fórum para a coordenação e troca de informações entre vários grupos de interesse no sistema de saúde provincial. Eles discutem as preocupações de saúde da comunidade e coordenam e participam de todos os estágios da resposta de emergência de saúde pública. Também monitoram e supervisionam os postos de saúde e os centros de saúde. Eles se reúnem mensalmente e coordenam a prestação do pacote básico de serviços de saúde e do pacote essencial de serviços hospitalares.

O CPCSP é presidido pelo director de Saúde Pública Provincial e possui 21 membros, inclusive executivos de saúde pública provinciais, um director de hospital provincial, um director do Instituto de Ciências da Saúde, dois representantes de ONGs que fornecem serviços de saúde nos postos e centros de saúde, dois directores de saúde distritais, e um representante de cada um dos seguintes: o Ministério de Assuntos da Mulher, a equipa de reconstrução provincial, a UNICEF e a OMS. Treze membros têm poder de voto. As decisões no CPCSP são geralmente baseadas em consenso. Se não houver consenso, a decisão é levada a votação. Uma decisão exige um quórum, em que a maioria dos membros com poder de voto é a favor da decisão.

De forma semelhante, o CDCS é presidido pelo Director de Saúde Pública do Distrito, e entre seus membros estão o representante do governador do distrito, um representante do sector de saúde privada, o líder religioso do distrito, o director do hospital do distrito, o representante da ONG responsável pela implementação, o director do departamento de educação do distrito, e o director do conselho distrital.

| NÍVEL | ÓRGÃO DE GOVERNAÇÃO | ÁREA DE SERVIÇO |
|---|---|---|
| Província | Comité Provincial de Coordenação da Saúde Pública (CPCSP) | Vários distritos |
| Distrito | Comités Distritais de Coordenação de Saúde (CDCS) | Distrito (Dezenas ou centenas de aldeias) |
| Centro de saúde | *Shura* (ou conselho consultivo) do centro de saúde | Várias comunidades servidas por um centro de saúde |
| Comunidades | *Shura* (ou conselho consultivo) do posto de saúde | Uma comunidade de aldeia |

Os PPHCCs, CDCSs, e os conselhos do centro de saúde ou da comunidade desempenham um papel de governação. Seu processo de tomada de decisões pode fazer uma diferença no atendimento dos utentes em suas visitas aos centros de saúde, ao melhorar o desempenho do sistema de saúde, principalmente a prontidão de respostas do sistema de saúde. Se essas comunidades e conselhos trabalharem de forma colaborativa, as preocupações de saúde da comunidade poderão ser representadas e tratadas de forma eficaz.

Documentamos evidências empíricas do impacto da sua governação. Em um estudo piloto, três PPHCCs e 11 CDCSs aplicaram continuamente as quatro práticas eficazes de governação durante seis meses e, como resultado, sua governação melhorou e passou de 11 para 21%, e o número de consultas de pré-natal nas três províncias aumentou em 20%.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

5. A Agência Nacional para Controlo e Administração de Alimentos e Medicamentos da Nigéria conseguiu reduzir os medicamentos não registados, possivelmente falsificados, de 68 para 20% entre 2001 e 2011, ao trabalhar em conjunto com as operadoras de telemóveis e as companhias farmacêuticas. Os consumidores nigerianos podem fazer denúncias sobre medicamentos falsificados ao enviar uma mensagem de texto com o código que é revelado ao raspar uma pequena tira colocada na embalagem. A mensagem é respondida imediatamente com um "SIM", se o medicamento for genuíno, ou um "NÃO", se não for. No segundo caso, a mensagem oferece também um número local para alertar às autoridades sobre o medicamento potencialmente falsificado.
6. O Ministério de Saúde Pública (MSP) do Afeganestão utiliza um Cartão de Pontuação Balanceado anual, que é uma ferramenta integrada de gestão e medição com 29 indicadores e referências de desempenho em seis áreas: utentes e comunidade, pessoal, capacidade de prestação de serviços, prestação real de serviços, sistemas financeiros, e visão geral. Todos os anos, o MSP selecciona uma amostragem aleatória de centros de saúde, recolhe dados que incluem milhares de entrevistas e observações de utentes ou de seus cuidadores e prestadores de serviços de saúde. Os resultados do cartão de pontuação acompanham o desempenho ao longo do tempo e identificam áreas de prioridade para melhorias, o que permite melhorar a capacidade do sistema de saúde e a prestação de serviços através da comparação com referências de desempenho. O Cartão de Pontuação Balanceado ajuda o MSP a demonstrar os resultados dos seus investimentos, fazer modificações em políticas, e criar uma cultura de tomada de decisões baseada em evidências.

*Respostas:* (1) e (2) são exemplos de como cultivar a prestação de contas com responsabilidade; (3) é um exemplo de como promover o engajamento dos grupos de interesse; (4) é um exemplo do estabelecimento de uma direcção comum; (5) exemplifica como cultivar a prestação de contas com responsabilidade, o engajamento dos grupos de interesse, e a administração correcta dos recursos; e (6) exemplifica todas as quatro práticas.

**Em sistemas de saúde distritais e provinciais.** Depois de ter lido os exemplos de como os ministérios de saúde centrais aplicam as quatro práticas de governação, com bons resultados, verá agora como os órgãos de governação que regem os sistemas de saúde nas províncias e distritos podem aplicar essas práticas. Aqui estão alguns exemplos de medidas de governação que você pode tomar, com base em medidas tomadas pelos Comités de Coordenação de Saúde Pública Provinciais e comités de Coordenação de Saúde Distritais, em províncias e distritos seleccionados do Afeganistão.

1. **Para engajar os grupos de interesse,** entreviste utentes e utentes dos serviços de saúde; convide líderes religiosos, jovens e mulheres para as reuniões; forneça retroinformação às *shuras* (ou assembleias consultivas) dos centros de saúde; e consulte líderes comunitários regularmente.
2. **Para cuidar da prestação de contas com responsabilidade,** seja a sua própria ou a de outros profissionais de saúde, compartilhe informações sobre recursos e desempenho com as comunidades e com os grupos de interesse; encoraje os profissionais de saúde a compartilharem seus desafios durante visitas conjuntas de monitoria aos centros de saúde; revise as descrições de trabalho dos profissionais de saúde; e forneça metas claramente definidas e monitore seu progresso em alcançá-las.

3. **Para definir uma direcção compartilhada,** forme uma equipa de representantes da comunidade, utentes dos serviços de saúde, outros grupos de interesse do sistema de saúde, e autoridades de saúde de cada distrito; identifique as necessidades de saúde e os desafios enfrentados pelas comunidades; informe essas necessidades ao comité gestor de saúde provincial para que sejam avaliadas enquanto se decide pela direcção estratégica. Outra opção é convidar membros do órgão de governação dos centros de saúde a reuniões do comité de governação provincial para entender melhor as preocupações da comunidade.
4. **Para administrar os recursos de forma ética e eficiente,** dê formação sobre ética aos funcionários do sector de saúde pública provincial e aos profissionais de saúde; reconheça os profissionais de saúde que tiveram um excelente desempenho; envolva a comunidade na monitoria dos centros de saúde; e use dados, informações, evidências e tecnologia para o processo de tomada de decisões.

As quatro práticas de governação, quando aplicadas de forma coerente e uniforme, podem contribuir de forma significativa para o sucesso da descentralização na realização dos seus objectivos.

**Nas comunidades.** A governação de saúde comunitária, em essência, é um processo altamente participativo e colaborativo em que a comunidade é definida geograficamente; a saúde é definida como um conceito amplo, positivo e coerente com a definição da OMS; e a governação é definida como um processo pelo qual as comunidades tomam decisões. Processos colaborativos e participativos geralmente resultam em melhor resolução dos problemas da comunidade, o que, por sua vez, melhora o seu nível de saúde.

A governação da saúde comunitária é feita através de processos participativos liderados pelos grupos de interesse da comunidade para melhorar a saúde daqueles que aí residem. As estruturas de governação de saúde comunitária podem existir de várias formas: um conselho de cidadãos de um centro de saúde, um conselho de saúde de uma vila, um comité de saúde local, ou um hospital comunitário. Grupos comunitários governam os serviços de saúde de vilas de Bangladesh, conselhos de centros de saúde da África do Sul, *shuras* (ou assembleias consultivas) de saúde comunitária, e *shuras* de centros de saúde no Afeganistão são alguns exemplos de uma ampla variedade de órgãos de governação de saúde comunitária.

O sucesso da governação de saúde comunitária depende de quem está envolvido, do tipo de envolvimento, e da presença de líderes que acreditem profundamente na capacidade de pessoas variadas trabalharem juntas para identificar, entender e solucionar problemas de saúde comunitária. Líderes comunitários bem-sucedidos promovem a participação activa e ampla dos membros da comunidade.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

Espera-se que, os órgãos de governação de saúde comunitária, proporcionem liderança e apoio às actividades relacionadas à saúde nas suas comunidades. Por exemplo, eles podem se envolver em algumas das seguintes actividades:

- promover um estilo de vida saudável entre os membros da comunidade,
- adoptar e promover comportamentos e normas sociais saudáveis,
- encorajar as famílias a usar integralmente os serviços de saúde preventivos e curativos,
- trabalhar de perto com a comunidade e os dos agentes comunitários de saúde (ACS), fazendo a ligação entre as pessoas e os serviços de saúde de que elas precisam,
- promover a saúde das mães e das crianças pequenas,
- seleccionar e supervisionar os ACSs,
- mobilizar a comunidade e os profissionais de saúde para identificar e solucionar os desafios de saúde da comunidade, e
- lutar em prol do saneamento, água pura e ar puro.

Os conselhos comunitários associados a um centro de saúde devem servir de ligação entre a comunidade e o centro de saúde, e procurar garantir que o centro de saúde atenda às necessidades da comunidade. Eles promovem e aperfeiçoam o relacionamento com a comunidade, geram apoio da comunidade para o centro, fornecem supervisão para o centro de saúde, e envolvem as pessoas no planeamento da saúde da comunidade e na monitoria do centro de saúde.

As práticas de governação descritas acima podem tornar mais eficazes os órgãos de governação de saúde da comunidade. Ilustramos isso com o exemplo dos hospitais bolivianos.

### Conselhos de saúde dos cidadãos ajudam a deter a corrupção e a reduzir os pagamentos desnecessários ou excessivos — Um exemplo da Bolívia

Um estudo de 30 hospitais da Bolívia, publicado em 2001, revelou que a voz dos cidadãos, medida pela participação activa destes nos conselhos de saúde, tinha um efeito significativo em termos estatísticos para reduzir os pagamentos informais por serviços que deveriam ser gratuitos e os pagamentos excessivos por suprimentos, quando comparados aos preços de aquisição dos mesmos. Os conselhos de cidadãos expuseram subornos, pagamentos informais, e preço exagerado de suprimentos médicos. O activismo dos conselhos de saúde dos cidadãos provou ser um meio importante para impedir a corrupção nos hospitais, ao passo que controlos institucionais, tais como procedimentos e regulamentos administrativos, pareceram ter pouco impacto. As regras e regulamentos são factores importantes e necessários para exigir a prestação de contas dos funcionários do governo, mas não suficientes. Nesse caso, o activismo do conselho é que fez a diferença.

*Fonte: Gray-Molina G, Perez de Rada E, Yañez E. (2001). "Does voice matter? Participation and controlling corruption in Bolivian hospitals." In: Di Tella R, Savedoff WD, (eds). Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals. Washington, DC: Inter-American Development Bank.*

Examinamos a governação em geral e as suas quatro práticas conforme aplicadas ao sector público e em vários níveis na hierarquia do sistema de saúde. Agora vamos examinar a governação em outros ambientes organizacionais: órgãos multissectoriais e organizações da sociedade civil.

## Governação de órgãos multissectoriais

O que é um órgão multissectorial? Os órgãos multissectoriais são diferentes dos modelos de governação tradicionais nos quais as decisões sobre políticas de saúde são tomadas por uma única entidade, tal como o ministério de saúde; os órgãos multissectoriais compartilham as responsabilidades pela tomada de decisões entre vários membros que representam os diferentes sectores e diversos grupos. Nos últimos 25 anos, o número de parcerias multissectoriais dedicadas à saúde pública aumentou devido à necessidade de apoiar a descentralização dos serviços de saúde, responder à crescente prevalência de doenças específicas, e atender melhor às amplas necessidades de populações especificas, tais como mulheres e crianças.

Ao mesmo tempo, houve um crescimento explosivo de novos mecanismos de captação de fundos, focados em doenças específicas, e no fortalecimento dos sistemas de saúde. Eles incluem o Plano de Emergência do Presidente para Alívio da SIDA (PEPFAR), a Iniciativa do Presidente contra a Malária (PMI), o Programa contra VIH/SIDA do Banco Mundial (MAP) para vários países, a Aliança Global para Vacinação e Imunização (GAVI), e o Fundo Global para Combate à SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM). Esses mecanismos de financiamento também aumentaram a necessidade de promover a participação local e o processo participativo de tomada de decisões, através de iniciativas multissectoriais.

Os exemplos de órgãos multissectoriais incluem:

- Conselhos de saúde em nível nacional, estadual, distrital e local
- Comissões contra a SIDA (Conselhos, Comités) em nível nacional, provincial, distrital e local
- Mecanismos de Coordenação por País (CCMs)
- Conselho Infantil ou Conselho das Mulheres

Todos eles possuem funções de governação. As Comissões contra a SIDA, por exemplo, orientam a resposta multissectorial ao VIH, os conselhos de saúde supervisionam o funcionamento do sistema de saúde, e os CCMs supervisionam o desempenho das subvenções financiadas pelo GFATM para a SIDA, tuberculose e malária. Os conselhos dedicados a grupos populacionais específicos (por ex., mulheres ou crianças) garantem que todos os sectores trabalhem juntos para atender às necessidades dessa população.

### ORGANIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS MULTISSECTORIAIS

Os órgãos multissectoriais são compostos por membros de vários sectores e variam de tamanho. A complexidade de gerir órgãos de governação é proporcional ao número de membros; quanto mais membros, maior será a necessidade de administrar as tarefas de governação. Por isso, vários CCMs criados inicialmente como órgãos de grande porte e com vários membros, estão agora a ser reestruturados para reduzir o número de membros e, assim, administrar as tarefas mais facilmente.

Os órgãos multissectoriais também têm composição variada. Os membros podem ser indivíduos ou organizações, dependendo do órgão.

São nomeados ou eleitos membros de cada sector para representar suas jurisdições. No caso dos CCMs, por exemplo, membros da sociedade civil são eleitos nos seus respectivos sectores, e os membros do governo e parceiros de desenvolvimento internacional são nomeados para cada sector.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Os órgãos multissectoriais podem ser organizações legalmente estabelecidas – ou não. Alguns CCMs, por exemplo, são legalmente estabelecidos, ao passo que outros não, dependendo do país. Os CCMs que não são legalmente estabelecidos usam um beneficiário orçamentário para a gestão financeira. Um exemplo de um acordo desse tipo é o CCM da Zâmbia, que usa o Conselho Nacional da Zâmbia contra VIH/SIDA/TB/DST como seu beneficiário dos fundos de subvenção.

Anteriormente, neste capítulo, introduzimos as quatro práticas de governação: cuidar da prestação de contas responsabilidade, promover o engajamento dos grupos de interesse, definir uma direcção comum, e administrar os recursos correctamente. Da mesma forma que outros órgãos de governação nos sectores público e de empresas sem fins lucrativos, os órgãos de governação multissectoriais também adoptam essas práticas. As formas de executar essas práticas de governação nos grupos multissectoriais são discutidas a seguir.

## COMO CUIDAR DA PRESTAÇÃO DE CONTAS EM UM ÓRGÃO MULTISSECTORIAL

Como outros órgãos de governação, os órgãos multissectoriais são responsáveis por prestar contas ao público, aos grupos e sectores que representam. Prestar contas de forma responsável é conduzir os negócios de forma transparente. Um órgão multissectorial responsável coloca suas contas e registos à disposição das agências doadoras, dos grupos constituintes do órgão, e de outros grupos de interesse, para submetê-los ao escrutínio público. Entre as áreas em que os órgãos multissectoriais podem demonstrar prestação de contas e transparência estão as seguintes.

**Selecção de membros.** Um órgão multissectorial responsável estabelece procedimentos transparentes para seleccionar membros, seja por indicação e/ou eleição. De facto, um dos seis requisitos do GFATM para os CCMs se qualificarem como beneficiários dos fundos de subvenções é que o processo de selecção de membros seja bem documentado e transparente. Em geral, cada sector determina como seleccionará seus representantes. Os representantes do governo são geralmente nomeados, ao passo que os representantes não governamentais são eleitos de dentro do sector. Os procedimentos para a selecção de membros seguem os estatutos ou regulamentos do órgão multissectorial, e devem ser colocados à disposição do público.

> Clique aqui para obter mais informações sobre os requisitos de qualificação, padrões mínimos e directrizes do GFATM para CCMs.

**Eleição de directores.** Assim como o processo de selecção de membros é transparente, o processo de eleição de directores também o é. Os procedimentos da eleição são baseados nos estatutos ou regulamentos do órgão multissectorial e colocados à disposição do público. Os órgãos multissectoriais criam geralmente comissões eleitorais para supervisionar o processo de eleição, inclusive a preparação do calendário eleitoral (programação) e avaliação de todos os candidatos quanto à sua elegibilidade.

**Como administrar os conflitos de interesses.** As organizações multissectoriais têm a vantagem de dar oportunidades de trabalharem juntos com um objectivo comum, mas também trazem interesses que competem entre si. Quando aqueles que estão mais próximos dos problemas de que trata o órgão multissectorial se tornam parte da estrutura de governação e participam do processo de tomada de decisões, é inevitável surgirem conflitos de interesses. Porém, o conflito de interesses são também administráveis. Por isso, os órgãos multissectoriais administram a tensão inerente do conflito de interesses e o fazem de forma transparente. Por exemplo, os CCMs são órgãos com múltiplos grupos de interesse que mobilizam recursos significativos e que definem que organizações recebem e distribuem os fundos. A possibilidade

de conflito de interesses é considerável, principalmente porque vários membros do CCM são, cada vez mais, beneficiários de subvenções do GFATM e responsáveis por sua implementação. De facto, um dos seis requisitos de elegibilidade dos CCMs para solicitação de fundos do GFATM é possuir um processo instaurado para gerir conflitode interesses.

Para obter mais informações sobre como gerir conflitos de interesses dentro dos CCMs, aceda ao website do Fundo Global e consulte mais informações sobre conflitos de interesses na *Série do Implementador.*

**QUADRO 4. Medidas que os órgãos multissectoriais podem tomar para administrar o conflito de interesses com transparência**

Garantir que

- a organização tenha uma política sobre conflito de interesses,
- todos os membros informem periodicamente sobre conflito de interesses por escrito e verbalmente na abertura das reuniões,
- as declarações sobre conflito de interesses estejam à disposição do público, de preferência em um website,
- os membros que tenham conflito de interesses deixem voluntariamente de participar de discussões e tomada de decisões sobre seus interesses específicos,
- sejam aplicadas sanções aos membros que não divulgarem conflito de interesses,
- o tratamento dos conflitos de interesses durante as reuniões seja documentada nas actas das reuniões.

**Procedimentos para as reuniões e tomada de decisões.** Os órgãos multissectoriais representam geralmente grandes grupos de interesses provenientes de vários sectores. Os órgãos são responsáveis por documentar e comunicar aos, grupos que representam, as discussões que ocorrem durante as reuniões e as decisões tomadas como resultado dessas discussões. As comunicações devem ser feitas dentro dos prazos pertinentes, de forma compreensível e acessível. As discussões das reuniões, as decisões e as medidas tomadas para tratar dos conflitos de interesses devem ser documentadas em minutas, distribuídas a todos os membros e colocadas à disposição do público, de preferência em um website.

O GFATM recomenda usar um modelo padrão de minuta para as reuniões do CCM, que pode ser encontrado aqui no website do GFATM.

**Avaliar periodicamente a eficácia do órgão multissectorial.** Os órgãos multissectoriais devem avaliar seu desempenho periodicamente e colocar os resultados à disposição do público, de preferência em um website. Para que as avaliações internas sejam eficazes, os membros devem sentir como suas próprias a missão e a visão do órgão e ter um forte interesse no seu sucesso. Caso contrário, as avaliações internas não serão compreedidas como de boa-fé, e/ou os resultados não conduzirão à acção. As avaliações externas podem ser muito mais eficazes para mudar as práticas ou afectar os comportamentos.

A partir de 2014, os CCMs são obrigados a participar anualmente de Avaliações de Desempenho e Elegibilidade para verificar sua adesão aos requisitos de elegibilidade do GFATM. A ferramenta de avaliação está à disposição em vários idiomas no website do GFATM.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

**Esclarecer as expectativas através de termos de referência para os membros, directores e comités e através de formações.** Todos os membros, directores e comités de órgãos multissectoriais precisam de termos de referência claros que esclareçam suas responsabilidades e seu nível de prestação de contas. Todos os membros têm de passar por uma formação sobre essas responsabilidades, quando começam a trabalhar no órgão e, periodicamente, ao longo dos seus mandatos. A formação deve se concentrar nas obrigações dos membros, nomeadamente as de como informar, consultar e representar as jurisdições ou grupos representados. A formação é particularmente importante para os membros que representam organizações da sociedade civil.

## COMO PROMOVER O ENGAJAMENTO DOS GRUPOS DE INTERESSE EM UM ÓRGÃO MULTISSECTORIAL

**Ampla representação dos grupos de interesse.** Os órgãos multissectoriais só são eficazes se representarem seus grupos de interesse provenientes de vários sectores. Eles devem ter não só membros que representam os sectores do governo, mas também da sociedade civil, do sector privado, académico, e dos parceiros de desenvolvimento. Cada membro traz uma perspectiva importante e única, o que aumenta a probabilidade de se obter um impacto mensurável. Os órgãos multissectoriais devem também se empenhar para ter um equilíbrio de género entre seus membros. Os utentes do sistema de saúde devem ser incluídos, e, no caso de órgãos voltados a doenças específicas, deverão incluir também os infectados ou afectados pela doença ou doenças. Como exemplo, um dos 6 requisitos para um CCM se qualificar para solicitar fundos de subvenções do GFATM (veja aqui) é ter pelo menos uma pessoa, que represente uma organização, que tenha sido infectada ou seja afectada por VIH e/ou afectada pela tuberculose e/ou malária (a depender das subvenções de cada país).

> Clique aqui para obter mais informações sobre a participação da sociedade civil nos CCMs e estudos de caso relevantes do Quénia e da Índia.

**Comunicação com os grupos de interesse.** Os órgãos multissectoriais interagem com os grupos de interesse através de uma comunicação de duas vias: (1) os membros consultam e informam ao seus sectores; e (2) os membros buscam informações de forma proactiva junto ao seus sectores para optimizar suas próprias contribuições nas deliberações e tomada de decisões do órgão multissectorial. Também informam aos seus grupos sobre as decisões tomadas e os planos para seguir em frente.

**Renovação de filiação.** Para garantir o constante engajamento dos grupos de interesse, os órgãos multissectoriais renovam periodicamente sua filiação através de eleição/nomeação de novos membros. Os membros têm períodos limitados de mandatos e as eleições são realizadas, dentro de cada sector, quando o mandato termina. A renovação das filiações é importante para encorajar o interesse constante e o compromisso com o órgão multissectorial e a sua missão.

**Participação para quem não é membro.** Para ampliar o alcance do engajamento dos grupos de interesse, os órgãos multissectoriais encorajam frequentemente a participação de pessoas que não são membros nas suas actividades. Os CCMs, por exemplo, têm que incluir não membros nos seus comités. Se o CCM tiver um comité de supervisão, este comité tem frequentemente como membros os representantes dos grupos de interesse que representam as pessoas infectadas ou afectadas pelas doenças, ou dos parceiros de desenvolvimento com o conhecimento específico que se faz necessário no caso.

## COMO DEFINIR A DIRECÇÃO COMPARTILHADA EM UM ÓRGÃO MULTISSECTORIAL

**Papel e finalidade claros.** Um órgão multissectorial bem governado tem um papel e uma finalidade claramente definidos, e se diferencia de outras organizações. Um órgão multissectorial típico, encontrado em vários países, é a Comissão (ou Conselho) Nacional de Combate ao VIH/SIDA (CNCS), cujo papel é coordenar a resposta nacional multissectorial ao VIH e SIDA. O papel do CNCS é diferente do papel do Programa Nacional de SIDA, que é o de implementar a resposta nacional ao VIH e SIDA no sector de saúde. Do mesmo modo, o papel dos CCMs é o de mobilizar recursos adicionais do GFATM e de outras fontes para o combate ao SIDA, tuberculose e malária no país, e para supervisionar a implementação das subvenções. Este papel é diferente do papel dos Beneficiários Principais, que são responsáveis pela implementação das subvenções. Em vários países, os papéis dos órgãos de governação frequentemente se confundem ou apresentam diferenças subtis. Um exemplo comum é CNCS e o CCM. Nesses casos, é particularmente importante esclarecer a finalidade e o papel de cada um.

**Visão e estratégia.** Além de finalidade e papel definidos, os órgãos multissectoriais bem governados possuem estratégia e visão claras com respeito ao impacto que pretendem ter. Um CNCS, por exemplo, é geralmente responsável pela preparação e implementação do plano estratégico nacional multissectorial para responder à epidemia de VIH. Do mesmo modo, os conselhos de saúde nacionais, estaduais, e municipais são órgãos multissectoriais que formulam planos de saúde nos seus respectivos níveis. Os órgãos multissectoriais que não são intrinsecamente parte do sistema de saúde ou da estrutura de governo (tais como a Comissão Nacional de SIDA ou um Conselho de Saúde Estadual) devem garantir que suas visões e estratégias estejam em harmonia com os processos ou iniciativas locais ou nacionais. Os órgãos multissectoriais devem especificar como as suas acções se relacionam e interagem com os programas (governamentais e intergovernamentais) oficiais, de forma a garantir a coordenação adequada com outros actores e instituições.

## COMO ADMINISTRAR OS RECURSOS CORRECTAMENTE EM UM ÓRGÃO MULTISSECTORIAL

**Captação e distribuição de recursos.** Alguns órgãos multissectoriais possuem responsabilidades de governação relativas à captação de seus próprios recursos financeiros; outros recebem recursos financeiros do governo ou de outros orçamentos. Muitos são responsáveis pela distribuição ou alocação dos recursos. Os CCMs são exemplares, no sentido de que arrecadam e alocam recursos significativos para SIDA, tuberculose, e malária, ao analisar os planos nacionais relativos a essas doenças, e ao identificar lacunas de captação de fundos, harmonizar recursos, preparar prospectos para a obtenção de fundos do GFATM, e alocar recursos a um Beneficiário Principal específico. Os CCMs também mobilizam recursos de outras fontes além do GFATM para prevenção, atendimento e tratamento das doenças, e para suas próprias operações de secretariado

**Como fornecer a supervisão estratégica financeira e programática.** Fornecer supervisão estratégica financeira e programática é uma função essencial de governação de um órgão multissectorial. A supervisão estratégica garante a utilização adequada dos recursos, garante que as actividades sejam implementadas como planeado, que os resultados sejam atingidos, e que os fundos sejam usados de forma eficaz. Para fazer isso, os órgãos multissectoriais podem criar Comités de Supervisão Estratégica. Na verdade, um dos 6 requisitos de elegibilidade dos CCMs refere-se à supervisão estratégica; eles devem ter um plano de supervisão e um órgão de supervisão, tal como um comité. Os Comités de Supervisão Estratégica do CCM

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

supervisionam tanto o desempenho programático quanto o financeiro das subvenções. Esses Comités analisam os relatórios dos Beneficiários Principais, fazem visitas aos locais, e ajudam a resolver outros problemas de desempenho que possam surgir, relacionados com as subvenções. Buscam retroinformação dos membros que não fazem parte do CCM e de pessoas das comunidades afectadas. Muitos Comités de Supervisão Estratégica usam painéis de indicadores (*"dashboards"*) como uma ferramenta de governação para monitorar o desempenho da subvenção e auxiliar na apresentação de relatórios ao CCM como um todo, e ao público em geral. A ferramenta de painel de indicadores, as instruções, um modelo de painel de indicadores, e alguns vídeos sobre a ferramenta estão à disposição no website do GFATM.

> Para ver os seis requisitos de elegibilidade, clique aqui, e para obter mais informações sobre a supervisão estratégica do CCM, clique aqui para ver a Série do Implementador do Fundo Mundial sobre a supervisão estratégica.

**Como garantir a sustentabilidade financeira.** Os órgãos multissectoriais têm também como responsabilidade de governação, garantir a sustentabilidade financeira a longo prazo, que é necessária para cumprir a sua finalidade e visão. Vários CCMs, por exemplo, já começam a planear para obter a continuidade do fluxo de fundos para o combate à SIDA, tuberculose e malária para além do período em que seus países não serão mais elegíveis para receber fundos do GFATM.

## Boa governação em organizações da sociedade civil

Passaremos agora da governação no sector público e órgãos multissectoriais, para as organizações da sociedade civil que se concentram em proteger, promover ou restaurar a saúde.

A boa governação no sector de saúde e em outros sectores que têm impacto na saúde é um factor crítico para o cumprimento de metas nacionais e internacionais de desenvolvimento, e para aliviar a doença e a pobreza em países de baixa e média renda. Há um aumento da conscientização mundial de que os problemas de saúde que esses países enfrentam são muito sérios e profundos para serem tratados apenas pelo sector público. Dentro de uma abordagem coordenada entre o sector público, o sector não governamental e o sector privado, as organizações da sociedade civil precisam poder administrar projectos de saúde de grande escala e usar fundos de agências doadoras de forma transparente e eficaz. Como instituições do sector público, as organizações da sociedade civil (OSCs) exigem boa liderança, gestão e governação, assim como sistemas e estruturas organizacionais altamente funcionais para que possam fornecer serviços de alta qualidade e usar os recursos adequadamente.

### O QUE É UMA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL?

O Banco Mundial adoptou uma definição de sociedade civil formulada por vários dos principais centros de pesquisa, e usa o termo "sociedade civil" para se referir a:

> *…organizações não governamentais e sem fins lucrativos com presença na vida pública, que expressam os interesses e valores de seus membros ou de outros, com base em considerações éticas, culturais, políticas, científicas, religiosas ou filantrópicas. As OSCs referem-se, portanto, a uma ampla variedade de organizações: grupos comunitários, organizações não governamentais (ONGs), sindicatos, grupos indígenas, organizações beneficentes, organizações religiosas, associações profissionais e fundações*

As organizações da sociedade civil são orientadas por sua missão e têm um compromisso com as comunidades e os indivíduos a que servem. Elas actuam com diferentes tipos

de estruturas legais, que variam de um país a outro: empresas, associações por filiação, sociedades, fundações (cujos activos se dedicam a uma finalidade específica), organizações beneficentes, organizações fiduciárias, e cooperativas. A escolha do tipo de organização da sociedade civil a constituir baseia-se nas leis de cada país e é mais bem feita quando se consulta um advogado. Independentemente da sua estrutura legal, todas as organizações da sociedade civil são diferentes das entidades com fins lucrativos porque elas não podem distribuir lucros ou receitas líquidas a indivíduos.

## O QUE É A BOA GOVERNAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL?

A boa governação em organizações da sociedade civil foi definida de diversas maneiras. A definição a seguir de boa governação (também apresentada mais acima, neste capítulo) aplica-se igualmente à governação em organizações de sociedade civil: *A governação é boa quando* (1) as decisões se baseiam em informações, evidências, e valores compartilhados; (2) o processo é transparente, inclusivo e leva em consideração as necessidades das pessoas, do ministério, ou da organização a que serve; (3) aqueles que tomam e aqueles que implementam as decisões são responsáveis e confiáveis; (4) os objectivos estratégicos são atingidos com eficácia, eficiência, de forma ética e justa; e (5) a vitalidade do ministério ou da organização é mantida.

Uma organização da sociedade civil exige uma estrutura formal que seja baseada nos valores da organização e preparada para cumprir a missão da organização e garantir o uso adequado dos recursos. A boa governação implica fornecer direcção para que a organização saiba em que rumo ela vai; engajar os grupos de interesse; proteger os interesses dos seus beneficiários; e prestar contas à sociedade, aos beneficiários, e às agências doadoras através de um processo que seja transparente, igualitário e apropriado às necessidades das pessoas que a organização serve.

A boa governação em organizações da sociedade civil não é exercida apenas no topo da estrutura da organização; essa função é compartilhada em todos os níveis organizacionais. Porém, quanto mais alto seu nível na organização, mais responsabilidade as pessoas têm, de manter a boa governação em toda a organização.

Esta secção do manual pode orientar uma organização da sociedade civil de qualquer porte a se tornar mais estruturada. Para organizações mais novas, ele oferece as ferramentas que conduzem ao estabelecimento da sua estrutura de governação. Depois que uma organização da sociedade civil cresce e ultrapassa a fase de uma ou duas pessoas, essa estrutura quase sempre consiste de um conselho de administração e uma equipa de gestão.

## POR QUE ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL PRECISAM DE CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO?

Ao contrário das grandes corporações ou empresas cujo principal objectivo é obter lucros para seus accionistas ou proprietários, as OSCs são fundadas para trabalhar em prol do bem comum, e governar de forma judiciosa para realizar a missão da organização. Elas não têm proprietários directos para guiá-las em direcção às suas metas, mas sim um conselho de administração voluntário que é responsável por garantir que a organização aja no interesse público. O conselho tem autoridade para liderar a organização, tomar decisões e definir políticas para garantir o uso adequado dos fundos, a gestão eficaz dos recursos humanos e o fornecimento de serviços de qualidade (de acordo com a missão da organização). O trabalho efectivo de operacionalizar o cumprimento da sua missão fica geralmente a cargo de executivos e gestores contratados.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

**A composição do conselho.** O conselho de administração de uma OSC é composto por líderes voluntários nomeados ou eleitos, e inclui geralmente os fundadores e outros cidadãos proeminentes, que se comprometem a cumprir a missão da organização. Os conselhos eficazes adoptam um sistema de "governação baseada na competência", segundo o qual os desafios estratégicos da organização orientam o conhecimento e as habilidades representados pelos membros do órgão de governação. Os membros do conselho podem, assim, possuir habilidades que são úteis para orientar a organização, tais como comunicações, defesa de direitos, captação de recursos, gestão, e conhecimento técnico sobre o tipo de trabalho que a organização realiza. Os membros do conselho devem também ter prestígio e boa reputação na comunidade.

> Existe um suplemento do *The Manager* que oferece mais informações sobre como seleccionar os membros do conselho e um gráfico de referência que pode ser usado para analisar as características, habilidades e experiência dos membros actuais e de possíveis membros futuros.
>
> BoardSource, uma organização sem fins lucrativos, fornece informações práticas, ferramentas e melhores práticas, formação, e desenvolvimento de lideranças para membros de conselhos de organizações sem fins lucrativos em todo o mundo.

## QUAIS SÃO OS PAPÉIS E RESPONSABILIDADES DOS CONSELHOS?

O conselho tem o poder e a responsabilidade final para levar a organização a cumprir sua missão e garantir sua viabilidade ao longo do tempo. Como não fazem parte da directoria ou administração da organização e não recebem benefícios financeiros, os membros do conselho podem exercer a independência de julgamento ao supervisionarem o funcionamento da organização.

Os membros do conselho contratam um/uma, Director/a Executivo/a (em alguns países são chamados de Secretário/a Executivo/a) dando-lhe poderes e responsabilidade por colocar em prática as decisões do conselho. O/A Director/a Executivo/a dirige o grupo da directoria e da administração, que são responsáveis pelas actividades de planeamento, implementação, monitoria e avaliação, para que as metas da organização sejam atingidas.

As OSCs mais eficazes fazem uma separação nítida entre governação e gestão: em geral, o conselho de administração governa e a equipa de gestão gere as operações quotidianas, conforme detalhado mais adiante. Os papéis e responsabilidades do conselho e da equipa de gestão devem ser bastante claros, com sistemas de controlos e equilíbrios que permitem que o conselho represente um contraponto independente e desinteressado ao controlo da gestão. Uma gestão esclarecida, com o apoio de políticas sólidas e um conselho bem informado, é a base da boa governação.

> Leia sobre Policy Governance®, um modelo de liderança de conselhos criado pelo Dr. John Carver, que permite que os conselhos se concentrem em questões mais amplas, deleguem com maior clareza, controlem o trabalho de gestão sem interferir desnecessariamente, e avaliem de forma rigorosa as realizações da organização.

## COMO AS OSCs APLICAM AS PRÁTICAS DA GOVERNAÇÃO?

Assim como ocorre no sector público e nos órgãos multissectoriais, as OSCs utilizam as quatro práticas de governação (cultivar a prestação de contas responsável, engajar os grupos de interesse, definir uma direcção comum, e administrar os recursos correctamente) para governar de forma mais eficaz. A Tabela 3 detalha os papéis e responsabilidades do conselho e da equipa de gestão, e os organiza de acordo com as quatro práticas de governação.

## TABELA 3. Papéis e responsabilidades do Conselho de Administração e da Equipa de Gestão

*(Como a equipa de gestão apoia o conselho na execução das práticas de governação)*

### CULTIVAR A PRESTAÇÃO DE CONTAS

| Responsabilidades de Conselho | Responsabilidades da Equipa de Gestão |
|---|---|
| 1. Mantém a transparência e prestação de contas do conselho<br>2. Supervisiona a eficácia e eficiência organizacional e fornece apoio<br>3. Contrata, apoia e avalia o CEO<br>4. Mantém um processo transparente de tomada de decisões<br>5. Promove a qualidade dos serviços e programas<br>6. Mantém a eficácia do conselho | ■ Fornece apoio administrativo para a contratação do CEO<br>■ Implementa um processo transparente para tomada de decisões<br>■ Trabalha no planeamento e implementação de novos projectos<br>■ Desenvolve e implementa processos de garantia de qualidade<br>■ Fornece informações ao conselho sobre a qualidade e eficiência dos serviços em termos de custos<br>■ Apoia a apresentação de relatórios e a comunicação sobre desempenho aos grupos de interesse |

### ENGAJAR OS GRUPOS DE INTERESSE

| Responsabilidades de Conselho | Responsabilidades da Equipa de Gestão |
|---|---|
| 1. Engaja e responde aos interesses do governo, da comunidade, dos parceiros e das agências doadoras<br>2. Mantém bons relacionamentos com a comunidade, com o governo e com as agências doadoras e representa ocasionalmente a OSC publicamente<br>3. Promove mudanças na política pública | ■ Estabelece relacionamentos externos e representa a OSC publicamente<br>■ Fornece apoio logístico e administrativo às actividades do conselho e da organização de relacionamento com o público e com os grupos de interesse<br>■ Formula políticas a serem examinadas pelo conselho |

### DEFINIR A DIRECÇÃO COMUM

| Responsabilidades de Conselho | Responsabilidades da Equipa de Gestão |
|---|---|
| 1. Define a missão da organização de acordo com as necessidades da comunidade<br>2. Desenvolve a visão e a estratégia da organização e aprova o plano estratégico<br>3. Promove os valores da organização | ■ Participa da definição e da divulgação da missão e da visão<br>■ Organiza e participa do desenvolvimento do plano estratégico<br>■ Desenvolve o plano anual de operações com base no plano estratégico<br>■ Coloca em prática os valores da organização nas actividades diárias |

### ADMINISTRAR RECURSOS CORRECTAMENTE

| Responsabilidades de Conselho | Responsabilidades da Equipa de Gestão |
|---|---|
| 1. Garante a sustentabilidade financeira<br>2. Promove o uso racional dos recursos para cumprir a missão, a visão e atingir os objectivos estratégicos<br>3. Participa da captação de recursos<br>4. Fornece supervisão financeira | ■ Exerce administração financeira com responsabilidade e fornece informações actualizadas e confiáveis ao conselho e às agências doadoras<br>■ Lidera, organiza e implementa actividades de captação de recursos<br>■ Propõe orçamentos ao conselho |

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## COMO CUIDAR DA PRESTAÇÃO DE CONTAS EM ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

**Como manter a transparência e a prestação de contas do conselho.** A falta de fundos adequados tem sido a principal preocupação de várias OSCs durante bastante tempo. A boa notícia é de que há dinheiro disponível através de mecanismos tais como o GFATM e o PEPFAR. Apesar de haver mais OSCs a competir por esses fundos, algumas são capazes de demonstrar a capacidade administrativa e a transparência necessárias para se qualificarem a receber os fundos.

Uma responsabilidade importante do conselho de administração é ajudar as OSCs a cumprir os requisitos das agências doadoras quanto à elegibilidade para receber os fundos, ao garantir que a organização possua processos instaurados que garantam a prestação de contas, e que sua gestão dos fundos seja ética e transparente. O apoio do conselho para tratar da prestação de contas reforçará a elegibilidade da organização para receber fundos para tratar de problemas prioritários de saúde.

A prestação de contas responsável implica em ser transparente, como vemos no Quadro 5. Isso significa divulgar informações aos utentes, agências doadoras e ao público sobre a missão da organização, os programas e actividades que estão a ser realizados para cumprir a missão, os resultados obtidos, e a utilização dos fundos.

A seguir vemos um exemplo da vida real que mostra como o conselho e a gestão das OSCs tratam de problemas sérios de governação.

### QUADRO 5. Formas pelas quais as OSCs podem obter transparência e prestação de contas responsável

- Seleccionar membros do conselho que sejam reconhecidos como membros de prestígio da comunidade e que não tenham conflitos de interesses relacionados às suas actividades comerciais ou políticas.
- Escolher membros para o conselho com conhecimento especializado sobre finanças.
- Adoptar uma declaração de valores e código de ética.
- Elaborar e cumprir uma política relativa a conflito de interesses.
- Documentar os processos de recrutamento e selecção de novos membros.
- Implementar uma orientação eficaz para os novos membros do conselho.
- Usar actas de reunião para documentar todas as decisões tomadas pelo conselho.
- Garantir que os registos financeiros sejam fidedignos, completos, actualizados, que estejam disponíveis, e que sejam examinados pelo conselho.
- Realizar auditoria anual usando auditores externos.
- Implementar políticas e procedimentos para estabelecer controlos internos (ver o Capítulo 7 deste manual).
- Apresentar relatórios aos parceiros e agências doadoras anualmente sobre os resultados financeiros e programáticos da organização.
- Produzir um relatório anual e boletins informativos periódicos.
- Criar um website para colocar informações à disposição do público.

### Transparência e prestação de contas em acção: uma história do campo

Uma afiliada da International Planned Parenthood Federation (IPPF) que prestava serviços de planeamento familiar, enfrentava vários desafios de governação devido à natureza do seu conselho e a assembleia de membros da qual o conselho havia sido seleccionado. A assembleia, que antes representava sectores e profissões diferentes, tornou-se um círculo fechado de médicos, e a rotação dos membros do conselho era muito baixa.

Alguns membros do conselho usavam seus cargos para benefício pessoal. O presidente do conselho queria vender à organização uma propriedade em que se construiria uma clínica, mas sem considerar primeiro o melhor preço ou a localização da propriedade. Um membro do conselho tinha uma oficina de reparos que fazia a manutenção dos veículos da organização. Outro membro do conselho dava formação às clínicas, com base na sua própria avaliação das deficiências. O conselho aprovou uma importante compra de contraceptivos que estavam prestes a expirar e que teriam que ser eliminados, com um grande custo para a organização. Todas essas acções envolviam conflitos de interesses, e havia suspeitas de corrupção nas compras.

Quando um novo CEO foi contratado, ele ficou muito preocupado com essas irregularidades e decidiu encerrar essas transacções ilegais. Quando chegou o momento de mudar os membros do conselho, o CEO descobriu um aliado na nova presidente, uma mulher que demonstrava seu compromisso com a organização e que estava ciente das práticas inapropriadas. Com mais dois membros do conselho como aliados, ela iniciou uma investigação para esclarecer a compra dos contraceptivos. A investigação revelou um conflito que dividia o conselho em dois campos. Cada lado tentava incriminar o outro ou voltar à situação anterior, em que os conflitos de interesses não eram tratados.

Ao mesmo tempo, a nova presidente e o CEO formularam uma estratégia para mudar a composição da assembleia para que novas pessoas pudessem entrar para o conselho após as próximas eleições, e para que as práticas destrutivas pudessem ser erradicadas. Após as regulamentações da IPPF, a presidente e o CEO conseguiram a aprovação do conselho para abrir o registo de novos membros da assembleia para incluir mais mulheres e jovens. Ao usar essa estratégia, eles aumentaram de 20 para 45 o número de associados e verificaram que os novos membros eram honestos e comprometidos.

Além de investigar os casos de abuso, a afiliada da IPPF seleccionou um novo conselho e retirou alguns antigos membros da assembleia. A partir de então, não foram tolerados mais abusos.

**Boas políticas de governação.** Estabelecer as políticas do conselho e supervisionar seu cumprimento é uma das formas pelas quais o conselho pode regular suas próprias actividades, obter eficácia e transparência, e cuidar da prestação responsável de contas. Essas políticas geralmente expandem as regulamentações contidas nos estatutos das OSCs, fornecem maiores detalhes e explicações, e tratam das questões de cumprimento das leis e regulamentos.

Os conselhos geralmente possuem políticas relativas a conflitos de interesses, confidencialidade, uso das informações, participação em reuniões e remuneração.

**Política sobre conflito de interesses.** Os membros do conselho devem tomar decisões responsáveis e bem informadas, que atendam aos interesses da organização. Esse processo de tomada de decisão pode ser afectado se o membro do conselho tiver interesses pessoais que estejam em conflito com os interesses da organização, como vimos no exemplo de vida real acima de uma afiliada da IPPF. Conselhos eficazes desenvolvem e cumprem à risca as políticas para evitar conflito de interesses. O Quadro 6 é um exemplo de uma política sobre conflito de interesses.

### QUADRO 6. Exemplo de Política sobre Conflito de Interesses

- Ao preencher um pedido para se candidatar como membro do conselho, todos os candidatos devem declarar a que organizações e empresas estão associados e os interesses que possuem nelas, principalmente se houver possibilidade de conflito de interesses.
- Se houver um conflito de interesses sério, a pessoa não poderá ser membro do conselho. Existe conflito de interesses sério se, por exemplo, uma pessoa for proprietária de uma organização concorrente ou ocupar cargo de gestão nessa outra organização, ou se for funcionário remunerado na organização de cujo conselho pretende ser membro.
- Quando o conselho for tomar uma decisão sobre a compra de mercadorias ou serviços durante uma reunião do conselho, deve-se perguntar aos membros, no começo da reunião, se essa decisão significaria algum conflito de interesses.
- Quando o conselho estiver a tomar uma decisão que possa afectar os interesses de um membro do conselho, ele ou ela deve se abster de participar da discussão e de votar.
- Em geral, os membros do conselho e seus parentes próximos não devem fazer transacções de venda, compra ou qualquer transacção comercial com a organização.
- Os membros do conselho devem aderir a um processo transparente de selecção e contratação de funcionários. Eles não poderão participar do processo de selecção quando parentes, amigos ou conhecidos forem candidatos.

**Política sobre confidencialidade e uso das informações.** Uma política sobre o uso das informações deve ser formulada para proteger as informações confidenciais e estratégicas da organização. Essa política está intimamente relacionada com a política sobre conflito de interesses, já que os membros do conselho que possuam interesses pessoais em conflito com os da organização não devem ter acesso a informações estratégicas.

**Política sobre participação em reuniões.** Um problema comum para os conselhos é a falta de participação dos membros nas reuniões regulares e especiais. O carácter voluntário da participação dos membros e o facto de os conselhos serem, na maioria, compostos por pessoas de situação social e experiência elevadas, geralmente prejudica a participação integral dos membros. Um quórum é geralmente definido como a maioria dos membros. Quando não se tem quórum, decisões críticas podem ser adiadas em detrimento do funcionamento da OSC. Uma política clara de participação nas reuniões pode ajudar a evitar esse problema.

**Política de remuneração.** Os membros do conselho da OSC são voluntários e não devem ser remunerados pelos serviços e produtos que dão à organização. O conflito de interesses pode surgir se eles forem recompensados financeiramente por algum serviço ou produto que o conselho tenha recomendado. Os membros do conselho podem, por exemplo, identificar a necessidade de dar formação aos funcionários sobre atendimento a utentes, e um membro do conselho se oferecer para dar essa formação e ser pago por isto. Trata-se claramente de um conflito de interesses, porque a pessoa que participa da decisão irá também se beneficiar financeiramente. Por outro lado, as OSCs podem pagar aos membros do conselho por despesas que tenham incorrido para fazer seu trabalho no conselho, tais como despesas para comparecer às reuniões do conselho, para fazer retiros relacionados ao trabalho, e para fazer visitas ao terreno. Nesses casos, a OSC pode reembolsar os membros do conselho directamente pelas despesas que contraíram para participar das actividades.

**Como supervisionar a eficácia da organização e fornecer apoio.** Para proteger os interesses da OSC e prestar contas aos utentes, aos grupos de interesse e ao público em geral, o conselho supervisiona e fornece apoio aos funcionários para que cumpram os objectivos da organização. O conselho também garante que a OSC cumpra as leis e as regulamentações. O conselho não existe para gerir a organização, mas sim para fazer a supervisão estratégica do seu desempenho, dar assessoria, e ajudar a captar recursos. O conselho desempenha esses papéis ao contratar, apoiar, e avaliar o/a Director/a Executivo/a, ao promover a transparência na tomada de decisões, e ao promover programas e serviços de alta qualidade. Fornecer supervisão é uma função de governação e, portanto, responsabilidade do conselho de administração. É diferente da avaliação realizada com os funcionários que implementam os programas.

> Leia mais sobre a diferença entre supervisão estratégica e avaliação no Documento de Orientação sobre Supervisão do GFATM, que pode ser acedido aqui.

**Como escolher, apoiar e avaliar o/a Director/a ou Secretário/a Executivo/a.** O/A Director/a ou Secretário/a Executivo/a actua em nome do conselho para implementar suas decisões. Ela ou ele aceita a autoridade para contratar, organizar e supervisionar os funcionários; desenvolve políticas e procedimentos apropriados; e aloca os recursos de acordo com as directrizes orçamentárias. Como esse/a proficional tem um papel fundamental no que se relaciona ao desempenho e a prestação de contas geral da organização, uma das responsabilidades mais importantes do conselho é a de seleccionar uma pessoa apropriada, oferecer orientação e aconselhamento, monitorar o desempenho dela ou dele, e realizar avaliações formais periodicamente.

**Manter um processo transparente de tomada de decisões.** O processo de tomada de decisões pode variar significativamente de uma organização para outra. Algumas organizações, com culturas muito participativas, têm uma equipa de gestão sólida e comprometida na qual o conselho confia totalmente. Nesses casos, o conselho delega grande parte da responsabilidade à equipa de gestão e lhe pede simplesmente que reporte sobre suas decisões com a necessária frequência mensal ou trimestral. Em outros casos, se o conselho não sentir que a equipa de gestão é suficientemente madura, os directores poderão participar de todas as decisões importantes. Eles observam com muita atenção as acções das suas equipas de gestão, mas evitam interferir desnecessariamente. Em suma, eles permitem que as equipas de gestão tenham espaço para aprender e crescer.

Geralmente, o/a Director/a ou Secretário/a Executivo/a e a equipa de gestão reflectem o estilo de tomada de decisões do conselho. Os conselhos autoritários definem um padrão que a equipa de gestão repete e que é repetido, por sua vez, pelos níveis inferiores da organização. Por outro lado, quando os conselhos encorajam a equipa de gestão a participar da tomada de decisões, seu estilo permeia todos os níveis, promove um maior compromisso para implementar as decisões, cria um ambiente de trabalho positivo, e promove uma prestação de contas responsável

Em todos os casos, a boa governação significa que o processo de decisão é transparente e que a autoridade de cada nível da estrutura é clara e respeitada. Por exemplo, dado que é responsabilidade do conselho aprovar uma política de compras para a OSC, deve estar muito claro quem tem autoridade para assinar. O director financeiro pode aprovar pequenas compras, ao passo que o/a Director/a ou Secretário/a Executivo/a deve aprovar as compras que ultrapassam um determinado valor, e o conselho geralmente aprova investimentos de maior porte. Nessa e em outras situações, ter políticas, procedimentos e níveis de autoridade

claros e bem definidos é importante para controlar o risco e a fraude e, finalmente, para cultivar a prestação de contas responsável.

**Como promover a qualidade dos serviços e programas.** É responsabilidade do conselho garantir que os funcionários profissionais sejam responsáveis pela qualidade dos serviços e programas, de acordo com os mais altos padrões de prestação de serviços, além de dar-lhes suporte para introduzir melhorias, quando necessárias. Nessas circunstâncias, é importante distinguir o papel do conselho do papel da equipa de gestão. Alguns conselhos não sabem ao certo como executar essa responsabilidade e hesitam em se envolver nisso, seja de que forma for, ao passo que outros interferem com o papel da gestão ao tentar supervisionar operações e "micro gerir" a prestação dos serviços.

Como a equipa de gestão e os funcionários são responsáveis e devem prestar contas sobre a prestação de serviços de alta qualidade, eles devem fornecer ao conselho informações que permitam que os membros do conselho avaliem a qualidade dos serviços. Com base nessas informações, o conselho pode fazer sugestões sobre como melhorar os serviços. É responsabilidade da equipa de gestão colocar em prática as recomendações do conselho.

Para garantir que estejam sendo mantidos os serviços de alta qualidade, o conselho deve: definir metas de qualidade; examinar os resultados; manter-se em contacto próximo à comunidade para obter a retroinformação desta; e garantir que as medidas necessárias para melhorar a qualidade do serviço estejam sendo implementadas com rapidez.

> O Capítulo 9 deste manual discute o estabelecimento e manutenção de serviços de alta qualidade. Para obter mais informações sobre este tópico e sobre a melhoria constante de qualidade, consulte o recurso online da MSH, Como Gerir Serviços de Saúde Comunitários. Para obter mais informações sobre como introduzir ou ampliar os serviços de saúde eficazes, utilize o Guião da MSH para Promover Mudanças.

**Como manter a eficácia do conselho.** O conselho deve executar algumas actividades para se manter activo e eficaz e, portanto, responsabilizável. As acções mais importantes para manter o conselho são recrutar e seleccionar membros do conselho, educar o conselho, conduzir reuniões do conselho, e avaliar e aperfeiçoar o desempenho do conselho.

**Recrutar e seleccionar membros do conselho.** É importante que o conselho seja composto por membros com integridade e um compromisso comum, assim como históricos, habilidades e experiências variados. Essa diversidade vai garantir uma base ampla de apoio da comunidade e experiência profissional para a organização. Vários conselhos possuem um pequeno comité de governação que busca novos candidatos para participarem do conselho. Todos os membros do conselho devem ter uma descrição de trabalho que indique seus papéis e responsabilidades e a duração do seu mandato.

**Instruir o conselho.** Instruir os membros novos e actuais do conselho é um processo contínuo, de responsabilidade tanto do conselho como da gestão. Inicialmente, os membros do conselho devem receber orientação ou formação que os ajude a aprender mais sobre a OSC e a entender seus papéis e responsabilidades. Retiros periódicos, workshops, ou visitas aos locais de trabalho podem fornecer o tempo necessário para a aprendizagem intensiva sobre a organização, sobre os problemas que ela enfrenta, e sobre a área geral de especialização da organização.

Algumas OSCs elaboram guiões para os membros do conselho usarem como ferramentas de auto-formação.

**Realização de reuniões do conselho.** Os negócios do conselho são geralmente discutidos em reuniões mensais ou trimestrais. Apesar de os membros do conselho não receberem remuneração pelo seu trabalho, há um custo em reunir essas pessoas, tanto para os membros que dedicam seu tempo para participar das reuniões, quanto para a OSC, que deve reembolsá-los por suas despesas de viagem. Por isso, é muito importante que as reuniões sejam bem organizadas e dirigidas. É geralmente responsabilidade do presidente do conselho, com a ajuda do/da Director/a ou Secretário/a Executivo/a, planear as reuniões do conselho para que aproveitem o tempo das pessoas da forma mais eficaz. A qualidade das decisões do conselho vai depender do planeamento, preparação e execução eficiente das reuniões. Em reuniões eficazes do conselho, os membros:

- receberão informações,
- serão consultados sobre suas opiniões,
- discutirão questões importantes sobre estratégia e políticas,
- tomarão decisões sobre essas questões importantes,
- avaliarão ou ratificarão decisões prévias.

*The Manager* apresenta informações a considerar antes, durante e depois das reuniões do conselho.

**Avaliar e melhorar o desempenho do conselho.** Todos os anos, a depender do seu mandato, o conselho deve avaliar formalmente o seu desempenho. Isso pode ser feito pela realização de um retiro ou pelo uso de uma ferramenta de auto-avaliação. O objectivo da avaliação é verificar o nível de cumprimento, pelo conselho, dos seus papéis e responsabilidades. A avaliação deve ser uma oportunidade de verificar até que ponto o conselho tem executado de forma eficaz as quatro práticas da governação, e definir formas de melhorar o desempenho do conselho.

*O Guião de Governação de Organizações não Governamentais*, de Marilyn Wyatt, inclui uma lista de verificação útil para a auto-avaliação, nas páginas 66 a 69.

## COMO ENGAJAR OS GRUPOS DE INTERESSE NAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

As OSCs praticam a boa governação ao engajar de forma eficaz uma grande variedade de grupos de interesse, inclusive a comunidade, as agências doadoras e o governo.

**Engajamento da comunidade.** Manter um relacionamento mutuamente benéfico com a comunidade deveria ser uma meta de todas as OSCs e deveria estar reflectida nos seus planos estratégicos. A representação da comunidade no conselho promoverá esse relacionamento e ajudará a garantir que as necessidades, preocupações e oportunidades de serviços da comunidade não sejam esquecidas. A equipa de gestão deve fornecer ao conselho informações actualizadas sobre a comunidade e os serviços que tem sido fornecidos. O acesso a informações abrangentes sobre a comunidade ajuda o conselho a tomar melhores decisões.

**Engajamento de outros parceiros, inclusive agências doadoras.** As OSCs não estão sós no seu ambiente. Há muitos actores interessados em atingir metas semelhantes no sector de saúde. O conselho deve investigar quem está a trabalhar em questões semelhantes na região, encontrar aqueles com interesses comuns em estabelecer bons relacionamentos, e buscar

oportunidades de trabalho conjunto. A criação de bons relacionamentos e parcerias com agências doadoras ou outros parceiros pode aumentar a capacidade da organização de atingir suas metas e garantir sua sustentabilidade a longo prazo.

**Engajamento com o governo.** Responder aos requisitos do governo é fundamental para manter a situação jurídica da organização e permitir que ela preste serviços. Mas os bons relacionamentos com o governo vão além do cumprimento dos requisitos legais; eles podem facilitar ou impedir que a OSC cumpra a sua missão. Em vários países, especialmente em África, as OSCs possuem relacionamentos estreitos com seus governos e prestam uma parcela substancial dos serviços de saúde. Em outras regiões, como a Ásia Central, o relacionamento entre as OSCs e o governo é tenso, em parte, pelo menos, porque várias OSCs tendem a criticar o desempenho do governo e a lutar por melhores serviços.

A depender das circunstâncias, os conselhos devem ajudar as OSCs a buscar a melhor forma de manter um bom relacionamento com seus governos, e a buscar oportunidades de trabalho conjunto para o bem comum. Um relacionamento sólido com o governo é uma oportunidade de o conselho lutar pela aprovação de leis e regulamentos positivos e de evitar leis que prejudicariam a missão da organização e as necessidades e interesses da comunidade.

**Manutenção de bons relacionamentos externos.** Os membros do conselho são os embaixadores e defensores da OSC. O conselho representa a organização em diferentes fóruns, promove e mantém uma boa imagem junto à comunidade, às agências doadoras e a outros parceiros, além do governo. A forma como a organização se relaciona com esses grupos afecta sua capacidade de influenciar a agenda da saúde pública através de propostas de mudanças necessárias nas políticas.

**Propostas de mudanças das políticas públicas.** O conselho pode elaborar uma estratégia de questões públicas que inclua contactos com funcionários do alto escalão do governo, directores de outras organizações, e agências doadoras. Esta estratégia ajudará a promover a missão da OSC, a posicionar a organização para receber fundos e influenciar as políticas públicas, e tudo isto ajudará a OSC a atingir suas metas, como ilustrado no Quadro 7.

A equipa de gestão pode auxiliar os membros do conselho nessa tarefa, ao manter os membros e os funcionários informados sobre novidades nas políticas públicas que afectem a organização, ao trabalhar com os meios de comunicação, e ao coordenar actividades voluntárias relacionadas com assuntos públicos.

Clique aqui para descobrir uma ferramenta que pode usar para analisar e gerir as dimensões políticas da tomada de decisão e das políticas públicas.

### QUADRO 7. Actividades do conselho para promover a imagem pública da OSC e o seu potencial para influenciar as políticas

- Divulgar as metas e missão da organização junto a colegas influentes
- Escrever cartas a legisladores, formuladores de políticas e responsáveis por tomar decisões
- Buscar influenciar legisladores e formuladores de políticas sobre questões importantes para a organização
- Fazer palestras em conferências, eventos públicos e reuniões na comunidade
- Manifestar-se sobre assuntos públicos e divulgar as opiniões da OSC nos meios de comunicação

## COMO DEFINIR UMA DIRECÇÃO COMUM NAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

Como órgão de governação, o conselho define o caminho que a organização deve seguir para cumprir a sua missão. Ele exerce a prática da governação ao desempenhar três responsabilidades: definir a missão da organização, ajudar a formular a estratégia e visão da organização, e aderir aos valores da organização.

**Definição da missão da organização.** A missão da OSC expressa a sua finalidade, o motivo pelo qual ela existe. Através da sua declaração de missão, o conselho, a gestão e os funcionários concentram seus esforços nas necessidades daqueles que vão se beneficiar com a organização. A missão ajuda a alinhar o conselho, a gestão, os funcionários e os voluntários, e dá sentido a todas as actividades. Trata-se do ponto central em torno do qual a organização formula suas metas e estratégias.

A missão é uma declaração de carácter mais amplo que explica o tipo da organização, sua principal finalidade, e os seus valores. Ela pode responder às perguntas: O que fazemos? A quem servimos? Como fazemos isso? Por que fazemos isso?

**Como formular a estratégia e a visão da organização e aprovar o plano estratégico.** O conselho de administração assume uma grande parte da responsabilidade pelo sucesso de uma OSC. Ele deve garantir que a organização alcance a população que pretende servir, e atenda às necessidades dos utentes. Para cumprir essa função, o conselho trabalha com a equipa de gestão para criar uma visão comum e um plano estratégico.

A visão dá uma ideia geral de onde a organização quer chegar e do que deseja ser no futuro. A experiência demonstra que uma visão é mais forte quando é produzida com a participação de várias pessoas na organização, uma vez que as pessoas geralmente apoiam aquilo que ajudam a criar. Os bons conselhos criam uma visão compartilhada que é adoptada por aqueles que irão executá-la.

> As páginas de 182 a 188 do *Toolkit dos Gestores que Lideram* oferece exercícios para criar uma visão comum.

A visão prepara o terreno para o planeamento estratégico. O plano estratégico define as etapas que a organização deverá cumprir para atingir suas metas e objectivos e cumprir sua missão em um período de três a cinco anos. Ao elaborar o plano estratégico, o conselho e os funcionários devem se fazer quatro perguntas: Aonde queremos ir? (nossa visão e missão); Onde estamos agora?(ameaças e oportunidades externas, forças e fraquezas internas); Como passaremos de onde estamos para aonde queremos chegar? (nossos objectivos estratégicos, estratégias, e planos operacionais, junto com as acções a serem empreendidas para atingir os objectivos); e Como podemos garantir que chegaremos lá? (mecanismos para monitorar o progresso e medir os resultados).

O conselho deve fornecer orientação e retroinformação à equipa de gestão durante o processo de planeamento estratégico. Os conselhos podem ser particularmente eficazes ao fornecer e analisar informações sobre o ambiente externo, as tendências actuais em políticas sociais e de saúde, as necessidades da população, e as novas oportunidades de captação de fundos. O conselho deve aprovar formalmente o plano estratégico final e comprometer-se a segui-lo. Depois que o plano estratégico tiver sido implementado, o conselho precisa garantir que os planos operacionais anuais da OSC apoiem as estratégias e objectivos estratégicos.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Para obter mais detalhes sobre o processo de planeamento estratégico, ferramentas, e exemplos de alguns países, consulte o Capítulo 5 deste manual.

**Promover os valores da organização.** Ao definir a direcção, os valores organizacionais iluminam o caminho para a plena realização da missão. Eles são os princípios éticos que reforçam as escolhas de como a OSC serve aos seus beneficiários, apoia seus funcionários, e trabalha com seus parceiros. Os conselhos que são sustentados por valores sólidos ganham o respeito da gestão, dos parceiros e da comunidade.

Esses valores reflectem a história da organização. Eles geralmente expressam as crenças e expectativas dos fundadores e seu foco é o de servir ao público e promover o bem comum. Às vezes esses valores são declarados; às vezes não são definidos claramente, mas estão implícitos na cultura e nas acções da organização.

Os valores da organização devem influenciar a forma como o conselho governa e lidera, e como a administração e os funcionários trabalham. É responsabilidade do conselho tornar esses valores explícitos, estimular a administraçãoe os funcionários a reflectirem sobre eles, e usar esses valores como referência sempre que for preciso tomar decisões difíceis. Os bons conselhos sustentam os valores adoptados, apoiando as palavras positivas com acções positivas. Eles assumem a responsabilidade por garantir que as escolhas da organização sejam baseadas nos seus valores.

Cada organização possui seus próprios valores, mas alguns deles são comuns a várias OSCs bem-sucedidas, que são os seguintes:

- compromisso com a missão
- integridade e transparência
- prestação de contas de forma responsável
- orientação a serviços
- solidariedade com as pessoas mais vulneráveis
- respeito pelas diferenças
- participação da comunidade

## COMO ADMINISTRAR CORRECTAMENTE OS RECURSOS NAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

Como um órgão de governação, os conselhos de administração são responsáveis por captar e alocar recursos, garantindo que os recursos sejam usados de forma responsável e garantindo a sustentabilidade financeira a longo prazo.

**Como garantir a sustentabilidade financeira.** Quando os recursos são escassos, é fundamental que o conselho estabeleça políticas, tome decisões e promova projectos que dêem à OSC acesso aos recursos de que necessita, para sustentar e expandir seus projectos. A sustentabilidade financeira é um mantra frequentemente repetido. Se é verdade que existem mais recursos amplamente disponíveis na comunidade das agências de desenvolvimento, também é verdade que a cada dia existem mais OSCs competindo por esses recursos.

O conselho pode garantir a sustentabilidade financeira e o crescimento organizacional através de três actividades: (1) promover o uso racional dos recursos da organização, (2) desenvolver projectos e programas para aumentar sua receita, e (3) captar fundos adicionais.

**Como promover o uso racional dos recursos da organização.** Quando há bastante dinheiro, existe a tendência de relaxar e gastar mais sem prestar muita atenção aos resultados. Quando os membros do conselho reconhecem que os recursos poderão se reduzir, devem procurar formas de economizar dinheiro sem afectar a qualidade dos serviços. O custo dos suprimentos e dos serviços públicos – água, luz e telefone – podem ser uma boa fonte de economia. O conselho deve também considerar se a infra-estrutura ou os recursos humanos que se encontram subutilizados no momento podem ser transferidos ou reorganizados para se obter mais eficiência e redução de custos.

**Como desenvolver projectos e programas para aumentar receitas.** O conselho é também responsável por formular estratégias para aumentar a receita. Várias OSCs diversificaram seus serviços e expandiram seus grupos-alvo a populações que podem pagar por alguns serviços. Oferecer o atendimento obstétrico para partos, consultas médicas com especialistas, serviços laboratoriais, serviços farmacêuticos, serviços dentários, e serviços de optometria pode ser uma boa fonte de recuperação de custos. Os membros do conselho que conhecem o ambiente económico e comercial do seu país podem fazer boas recomendações sobre novos serviços que poderiam ser oferecidos ou novos negócios que poderiam compensar o custo de manutenção da organização.

**Como captar recursos adicionais.** Cuidar das populações mais necessitadas irá sempre exigir fundos de agências doadoras. Para captar recursos de forma eficaz, os membros do conselho devem persuadir as agências doadoras em potencial sobre a importância do trabalho da OSC e cultivar constantemente sua boa-fé e interesse. O conselho poderá ajudar a organização a considerar a conveniência de responder a solicitações de propostas por parte das agências doadoras, ou a contratos com instituições públicas. Em várias OSCs, os membros do conselho também fazem contribuições anuais à organização.

O Quadro 8 oferece exemplos de outras actividades de captação de recursos.

### QUADRO 8. Actividades típicas de captação de recursos pelos membros do conselho

- Solicitar contribuições anuais para cobrir custos operacionais
- Organizar campanhas de captação de recursos para a compra de equipamentos específicos ou execução de melhorias nas instalações
- Competir por fundos ao elaborar propostas de programas especiais ou projectos específicos
- Estabelecer um fundo com a receita proveniente de juros, dividendos, aluguel ou imóveis, e contribuições para servir de reserva para futuras necessidades institucionais

**Como fornecer supervisão financeira.** O conselho é o responsável final pela viabilidade financeira da OSC. Os membros do conselho e a directoria/administração da organização devem trabalhar juntos para definir as metas financeiras e estabelecer as políticas financeiras. A função de supervisão consiste de seis responsabilidades, conforme apresentado no Quadro 9.

Para fornecer uma supervisão financeira eficaz, os conselhos frequentemente estabelecem um comité de finanças, composto de membros com experiência em gestão financeira, do/da Director/a ou Secretário/a Executivo e do director financeiro da OSC.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

**QUADRO 9. Seis principais responsabilidades de supervisão financeira do conselho**

1. Definir as metas financeiras da OSC e monitorar o progresso para atingir essas metas.
2. Revisar as políticas financeiras, instaurar políticas adequadas e monitorar a aderência a essas políticas.
3. Revisar os sistemas de controlo financeiro para proteger os recursos da organização.
4. Cumprir os requisitos do governo ou da agência doadora; providenciar para que uma auditoria financeira seja realizada anualmente por uma firma de auditoria licenciada e independente, ou conforme exigido de outra forma.
5. Aprovar o orçamento anual.
6. Aprovar os planos e intenções da administração da organização para buscar receita adicional de fontes diferentes.

Todas as informações financeiras devem ser examinadas no contexto dos resultados programáticos obtidos durante o período em análise. Em todas as reuniões do conselho, irá precisar de apresentar relatórios financeiros que detalhem a receita da organização, suas despesas, e qualquer superavit ou défice. Os relatórios devem destacar desvios do orçamento, receitas projectadas, e outras medidas que a administração esteja a tomar do para corrigir esses desvios.

O conselho deve saber como examinar e interpretar três documentos financeiros essenciais:

1. folha de cálculo de previsão de fluxo de caixa
2. balanço patrimonial
3. demonstração de lucros e perdas

Para ver mais detalhes sobre gestão financeira, ferramentas e exemplos, consulte o Capítulo 7 deste manual. Para obter informações sobre supervisão financeira, consulte o *Centro de Recursos Electrónicos da MSH*.

## Desafios comuns enfrentados pelo conselho e como enfrentá-los

Como se pode ver nos exemplos apresentados neste capítulo, os conselhos podem enfrentar vários desafios que vão desde ser fracos, pouco produtivos e extremamente formais, até ter uma participação exagerada, assumir as responsabilidades do/da Director/a ou Secretário/a Executivo/a, e interferir na administração da organização. Na Tabela 4, descrevemos seis desafios mais comuns enfrentados pelos conselhos e sugerimos estratégias para enfrentá-los.

Os desafios no sector de saúde são cada vez maiores, e as agências doadoras buscam programas governamentais, parcerias multissectoriais, e OSCs com quem possam trabalhar em parceria para enfrentar as necessidades no campo da saúde. Um sistema sólido de governação é fundamental para isso, e este pode ser um item exigido pelas agências doadoras. Ao lutar pela adopção e implementar as práticas comprovadas mencionadas neste capítulo, e na qualidade de gestor de um programa ou serviço de saúde, você poderá fazer uma diferença ao instaurar uma boa governação no local onde trabalha.

Para obter mais informações e trocar ideias e recursos sobre conselhos, visite o National Council of Nonprofits, BoardSource, ou o grupo The NGO World no LinkedIn.

TABELA 4. Desafios comuns do conselho e como enfrentá-los

| Desafio | Descrição do Desafio | Solução |
|---|---|---|
| **Falta de experiência** | Os membros do conselho não entendem bem a organização, têm pouca experiência na análise de relatórios financeiros e programáticos e/ou não entendem perfeitamente o seu papel. O conselho intervém o mínimo possível na definição da direcção da organização, ou então toma medidas inadequadas. | Fornecer orientação a todos os novos membros quando começarem. Educar constantemente novos e antigos membros do conselho sobre seus papéis e responsabilidades. Fornecer informações sobre os programas e directrizes da organização para a revisão de relatórios financeiros. |
| **Interferência com as tarefas da gestão** | Membros do conselho comprometidos e bem intencionados interpretam mal o seu papel e tentam interferir nas decisões tomadas pelo CEO e outros gestores de nível superior. Eles questionam as formas de conduzir os negócios e sugerem mudanças constantemente. | Durante a orientação, definir claramente os papéis dos membros do conselho e sua relação com os funcionários profissionais, principalmente com o CEO e a equipa de gestão. Distribuir directrizes escritas sobre esse relacionamento. Uma supervisão cuidadosa por parte do presidente do conselho pode contribuir para enfrentar esse desafio. |
| **Falta de compromisso** | Membros do conselho são escolhidos sem considerar sua disponibilidade e não entendem claramente o tempo que devem dedicar à função. | Seleccionar com cuidado os membros do conselho e fornecer aos potenciais candidatos informações detalhadas sobre suas obrigações e o tempo que deverão dedicar a esse trabalho. Formular e implementar uma política para a participação em reuniões. |
| **Conflitos de poder** | Os membros do conselho têm motivações pessoais ou relacionamentos anteriores com outros membros, o que afecta sua objectividade ou cria conflitos e falta de produtividade entre os membros. | Criar um conselho diversificado que tome decisões com objectividade, com base em evidências, e que não seja influenciado indevidamente por pressões externas. O presidente do conselho deve estar alerta a alianças ou conflitos inadequados e enfrentá-los assim que surgirem. |
| **Conflitos de interesses** | Os membros buscam algum tipo de ganho financeiro com o seu serviço no conselho ao fornecer serviços pagos, vender serviços através de amigos e conhecidos, ou esperar e demandar outros favores (por ex., uso dos veículos da organização, viagens pagas, refeições caras). Os membros do conselho trabalham para uma organização concorrente e, por isso, não mantêm fidelidade total. | Formular, implementar e fazer cumprir uma política sobre conflitos de interesses que seja clara e abrangente. |
| **Mandatos muito longos** | Os conselhos podem se tornar lentos, desconectados, e pouco inspirados. Apesar de serem ineficazes, os membros do conselho hesitam em deixar o conselho porque são os fundadores, pensam que são indispensáveis, ou querem manter o prestígio de fazerem parte do conselho. | Definir, implementar e fazer cumprir um limite para tempo de mandato e requisitos para permanência no conselho. Porém, não substituir a maioria dos membros do conselho de uma só vez. |

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## Práticas comprovadas

Para uma boa governação no sector público, os líderes são encorajados a discutir sobre a melhor forma de adaptar e aplicar as seguintes práticas à sua realidade específica.

- Aplique continuamente as quatro práticas eficazes da governação (cultivar a prestação de contas responsável, engajar os grupos de interesse, definir uma direcção compartilhada, e administrar correctamente os recursos) para melhorar a governação do seu sistema de saúde. Isto lhe permitirá optimizar a utilização dos medicamentos, informações, recursos humanos, e finanças, e como resultado, terá um melhor desempenho do sistema de saúde e melhores resultados de saúde.
- Use as novas tecnologias de informação e comunicação e a avaliação do desempenho para facilitar a aplicação das quatro práticas de governação e aumentar sua eficácia.
- Comprometa-se em avaliar regularmente o desempenho da governação. A boa governação não é estática, mas sim dinâmica, e os líderes que governam uma instituição ou sistema de saúde devem se comprometer a avaliar regularmente o desempenho da sua governação. A melhoria constante da governação é possível quando se faz regularmente uma avaliação estruturada e objectiva do nível de sucesso que você acredita ter.
- Aperfeiçoe constantemente a capacidade da sua governação. A governação sábia, eficaz e eficiente não acontece por acaso. Aqueles que ocupam cargos de governação devem investir, em termos individuais e colectivos, para aperfeiçoar constantemente suas capacidades (conhecimento, habilidades e competências). Os líderes de governação devem explorar e usar oportunidades para aprimorar suas competências de governação.
- Esmere-se para definir sua direcção estratégica. A governação deve se guiar por uma direcção estratégica clara, baseada nas necessidades de saúde das pessoas que a instituição foi criada para atender, e apoiada pelas políticas, planos e programas, e recursos para atender a essas necessidades.

Para a boa governação em órgãos multissectoriais:

- Assegure-se de haver uma boa liderança. Os órgãos multissectoriais necessitam de líderes comprometidos, motivados, democráticos e competentes. Orçamentar recursos para apoiar o desenvolvimento da liderança em órgãos multissectoriais é um investimento que vale a pena.
- Termos de referência que definam claramente as responsabilidades dos membros, executivos e comités são cruciais para a eficácia dos órgãos multissectoriais.
- As organizações da sociedade civil devem desempenhar um papel formal na estrutura de governação dos órgãos multissectoriais. Seus representantes devem representar verdadeiramente seu público-alvo.
- A existência de políticas e procedimentos claros para tratar do conflito de interesses, e a formação dos membros sobre questões relacionadas a conflito de interesses, ajudam a garantir que sejam tomadas medidas para benefício de todos, e que os recursos sejam utilizados de forma prudente.
- Um secretariado administrativo com funcionários e equipamentos adequados contribui significativamente para o desempenho de um órgão multissectorial.

Se lidera ou administra uma OSC:

- Escolha membros para o conselho que sejam comprometidos, motivados, honestos e que tenham experiência essencial na área de trabalho da organização.
- Promova a iniciação e inserção dos membros do conselho ao prestar regularmente orientação e formação contínuas sobre a missão da OSC, sua estratégia, intervenções e resultados, assim como seu regulamento e os papéis e responsabilidades do conselho.
- Uma divisão nítida de responsabilidades e processos funcionais de tomada de decisão entre o conselho de administração e a equipa de gestão são fundamentais tanto para o sucesso da governação quanto como para a gestão da organização.
- A existência de regras e processos claros sobre a utilização de fundos, inclusive uma política e procedimentos em caso de conflito de interesses, ajuda a garantir a transparência e a prestação de contas responsável.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## Glossário dos termos de governação

**administração correcta e responsável:** É a administração e gestão ética e eficiente da propriedade ou dos interesses financeiros de outros.

**agências ou órgãos multissectoriais:** Organizações às quais contribuem muitos sectores diferentes para tratar de doenças específicas e dos sistemas de saúde. Exemplos são a Aliança Global de Vacinas e Imunização (GAVI) e o Fundo Global de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM).

**dados, informações, evidência, e tomada de decisões baseada em evidências:** Dados são factos e constituem uma fonte de informações. As informações incluem dados, ideias e conceitos que foram registados, analisados e organizados de uma forma que facilite sua interpretação e acções posteriores. A análise é o exame e avaliação de informações relevantes para seleccionar o melhor curso de acção a partir das várias alternativas.

**descentralização:** Dentro dos sistemas de saúde nacionais, é a transferência de poder político, financeiro e administrativo do controlo central para as autoridades regionais e locais.

**eficiência:** Eficiência descreve até que ponto o tempo ou esforço é bem utilizado para a tarefa ou fim intencionado. É a capacidade de um grau específico de esforço de produzir um resultado específico com o mínimo de desperdício. A eficiência é determinada quantitativamente pelo quociente entre produtos e insumos. A eficiência no contexto da governação significa que os processos e instituições produzem resultados que atendem às necessidades da sociedade, ao fazer o melhor uso dos recursos à sua disposição.

**eHealth (eSaúde):** Uso das tecnologias da informação e comunicação para proteger, promover ou restaurar a saúde, por exemplo, para tratar utentes, fazer investigações, educar a força de trabalho de saúde, rastrear doenças ou monitorar a saúde pública.

**equidade:** Equidade significa justiça. Equidade em saúde significa que as necessidades das pessoas orientam a distribuição de serviços de saúde e as oportunidades de ter saúde e bem-estar. A inclusão e a participação são vitais para atingir a equidade em saúde, por exemplo, quando todos os homens e mulheres têm oportunidades para melhorar ou manter sua saúde e bem estar.

**estatuto social:** Documento legal, apresentado ao órgão ou agência relevantes, que estabelece uma OSC, presta informação básica sobre a mesma e especifica a sua finalidade.

**evidência:** Evidência consiste de informações ou factos, tanto qualitativos como quantitativos, adquiridos sistematicamente de uma variedade de fontes, e obtidos de uma forma reproduzível, observável, crível, verificável ou basicamente corroborável. A evidência é composta de informações tais como dados analisados, resultados publicados de investigações, resultados de avaliações, experiência prévia, e opiniões de peritos, sendo que cada uma dessas ou todas podem ser usadas para chegar a conclusões que irão depois informar as decisões.

**governação:** Processo colectivo de tomar decisões em organizações, sistemas de saúde ou no sector de saúde. A governação é (1) estabelecer uma direcção e objectivos estratégicos; (2) definir políticas, leis, regras, regulamentos ou decisões, e captar e mobilizar recursos para realizar metas e objectivos estratégicos; e (3) supervisionar e garantir que as metas e objectivos estratégicos sejam realizados.

**governação pela saúde:** Governação feita com o objectivo de proteger e promover a saúde das pessoas servidas pelo sector público ou organizações.

**integridade ética e moral:** A ética consiste dos conceitos do que é certo ou errado. Moralidade, por outro lado, é o que uma pessoa realmente faz. Se uma pessoa faz o que ela acredita e diz ser certo e evita fazer o que acredita e diz ser errado, essa pessoa tem integridade.

**organização da sociedade civil (OSC):** Organização não governamental e sem fins lucrativos, com presença na vida pública, que expressa os interesses e valores de seus membros ou de outros, com base em considerações éticas, culturais, políticas, científicas, religiosas ou filantrópicas. As OSCs fazem avançar o bem público ou colectivo e incluem grupos comunitários, sindicatos, grupos indígenas, organizações beneficentes, organizações religiosas, associações profissionais e fundações.

**mHealth (saúde móvel):** Uso de telemóveis e dispositivos sem fio para melhorar os resultados de saúde, os serviços de atendimento de saúde e a investigação de saúde

**multissectorial:** Inclui instituições de todos os segmentos—público, privado, de voluntários e de grupos religiosos—e, mais importante, as comunidades locais.

**participação:** Participação pode ser definida de forma ampla como um envolvimento activo. Participação cidadã são os processos pelos quais as preocupações, necessidades e valores públicos são incorporados à tomada de decisões. Refere-se a todo o conjunto de actividades, processos e técnicas, e métodos de participação pública escolhidos para engajar as pessoas. Pode ser directa ou indirecta.

**prestação de contas responsável:** Prestar contas de forma responsável significa garantir que os dirigentes de organizações públicas, privadas e da sociedade civil respondam por suas acções, e que exista a possibilidade de reparação se os deveres e compromissos não forem cumpridos. As pessoas, agências e organizações são responsabilizadas por aplicar seus poderes correctamente através de mecanismos de prestação de contas. A prestação de contas é uma relação institucionalizada entre diferentes actores. Uma relação de prestação de contas tem quatro estágios: estabelecimento de normas, investigação, capacidade de resposta, e sanção.

**regulamentos:** Documentos que estabelecem as regras sob as quais funciona o órgão directivo de uma OSC, órgão este que geralmente é o conselho de administração.

**saúde pública informada por evidência:** Envolve integrar a melhor evidência disponível no processo de tomada de decisões das práticas de saúde pública, desenvolvimento de políticas e directrizes. Significa encontrar, utilizar e compartilhar o que funciona na saúde pública.

**sensibilização à questão de género:** É manter-se consciente e aberto às diferentes necessidades em termos de género.

**sustentabilidade:** Sustentabilidade, no contexto dos sistemas de saúde, refere-se à capacidade de continuar as actividades no futuro para além de expandir as actividades para acompanhar o crescimento populacional e a demanda adicional criada pelas situações epidemiológicas. Um serviço de saúde é sustentável quando operado por um sistema organizacional com a capacidade a longo prazo de mobilizar e distribuir recursos suficientes e apropriados (força de trabalho, tecnologia, informações e finanças) para actividades que atendem às necessidades individuais ou públicas.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

**transparência:** Transparência é o contrário de sigilo: é lançar luz sobre as regras, planos, processos e acções. É uma característica de governos, companhias, organizações e indivíduos que divulgam claramente informações, regras, planos, processos e acções. Autoridades públicas, servidores públicos, gestores, directores e administradores encontram-se numa relação fiduciária ou relação de confiança com os grupos de interesse, e têm o dever de actuar de forma visível, previsível e fácil de entender—isto é, transparente—perante esses grupos de interesse.

## Referências e recursos


Azfar, Omar, Satu Kähkönen, and Patrick Meagher. *Conditions for effective decentralized governance: A synthesis of research findings.* IRIS Center, University of Maryland, 2001, 67–73.

Banco Mundial. "The World Bank and Civil Society." Washington, DC: 2009, http://go.worldbank.org/PWRRFJ2QH0 (acessado Fev. 17, 2010).

Battacharyya, Karabi, e John Murray. *Participatory Community Planning for Child Health: Implementation Guidelines.* Arlington, VA: Publicado pela Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional pelo Projeto BASICS, 1999, linked on http://erc.msh.org/toolkit/Tool.cfm?lang=1&CID=1&TID=173 (acessado Dez. 17, 2009).

Björkman, Martina, e Jakob Svensson. "Power to the People: Evidence from a Randomized Field Experiment on Community-Based Monitoring in Uganda." *The Quarterly Journal of Economics* 124(2) (2009): 735–769.

BoardSource. *The Nonprofit Board Answer Book: A Practical Guide for Board Members and Chief Executives*. 2nd ed. Washington, DC: BoardSource, 2007.

Delavallade, Clara. "Corruption and distribution of public spending in developing countries." *Journal of Economics and Finance* 30 (2006): 222–239.

Duvvury, Nata, Helen Cornman, e Carolyn Long. *Participation of Civil Society in Global Governance: Lessons Learned from the Global Fund to Fight HIV, AIDS and Tuberculosis.* Washington, DC: International Center for Research on Women, 2005, http://www.icrw.org/files/publications/Participation-of-Civil-Society-in-Global-Governance-Lessons-Learned-from-the-Global-Fund-to-Fight-HIV-AIDS-Tuberculosis-and-Malaria.pdf (acessado Fev. 10, 2014).

Edward, Anbrasi, Binay Kumar, Faizullah Kakarm, et al. "Configuring Balanced Scorecards for Measuring Health System Performance: Evidence from 5 Years' Evaluation in Afghanistan." *PLoS Med* 8(7) (2011): e1001066.

Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria. *Country Coordinating Mechanism Model – Conflict of Interest.* The Global Fund Implementer Series. Genebra: sem data, http://www.gfcu.org.ls/ccm/CCM_Conflict_Of_Interest.pdf (acessado Dez. 9, 2013).

————. Country Coordinating Mechanism Model – CCM Oversight Practices. The Global Fund Implementer Series. Genebra: sem data, http://www.gfcu.org.ls/ccm/CCM_Oversight.pdf (acessado Dez. 9, 2013).

————. Country Coordinating Mechanism Model – Lessons Learned in the Field: Health Financing and Governance. The Global Fund Implementer Series. Genebra: sem data, http://www.icaso.org/media/files/4700-CCMreport.pdf (acessado Dez. 9, 2013).

————. Country Coordinating Mechanisms – Partnerships and Leadership. The Global Fund Implementer Series. Genebra: Novembro 2008, http://www.gfcu.org.ls/ccm/CCM_Partnership_Leadership.pdf (acessado Dez. 9, 2013).

————. "Guidelines and Requirements for Country Coordinating Mechanisms." Atualizado Novembro 6, 2013, http://www.theglobalfund.org/en/ccm/guidelines/ (acessado Dezembro 10, 2013).

Gray-Molina G, Perez de Rada E, Yañez E. (2001). "Does voice matter? Participation and controlling corruption in Bolivian hospitals." In: Di Tella R, Savedoff WD, (eds). *Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals.* Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento.

Gupta, Sanjeev, Hamid Davoodi, e Erwin Tiongson. "Corruption and the provision of health-care and education services." In Jain, Arvind, ed., *The Political Economy of Corruption.* 1st ed., London and New York: Routledge, 2009, 111–141.

Hanf, Mattheiu, Astrid Van-Melle, Florence Fraisse, et al. "Corruption kills: estimating the global impact of corruption on children deaths." *PLOS ONE,* 6(11) (2011), e26990.

Health Evidence. Baseado na McMaster University, este é um registo online gratuito, com dispositivo de busca, contendo avaliações sistemáticas da eficácia de intervenções de saúde pública e de promoção da saúde; sem data, http://www.healthevidence.org (acessado Fev. 6, 2014).

Ingram, Richard T. *Ten Basic Responsibilities of Nonprofit Boards.* 2nd ed. Washington, DC: BoardSource, 2009.

International Planned Parenthood Federation. *Welcome On Board: A handbook to help IPPF Membership Associations improve their Governance.* London: International Planned Parenthood Federation, 2010, http://www.ippf.org/resource/Welcome-Board-governance-handbook (acessado Fev. 10, 2014)

IPPF Governance Task Force. *IPPF Code of Good Governance.* International Planned Parenthood Federation. 2007, http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_code_of_good_governance.pdf (acessado Fev. 10, 2014).

K4H (Knowledge for Health); esses recursos de mHealth (saúde móvel) podem ser acessados a partir de http://www.k4health.org/topics/mobile-technologies-health-mhealth. K4Health está a montar um website totalmente novo para dar fácil acesso a todas as suas ferramentas e recursos de mHealth.

King's Fund, The. *Leadership and Engagement for Improvement in the NHS. Report from the King's Fund Leadership Review 2012.* London: The King's Fund, 2012, http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/leadership-for-engagement-improvement-nhs-final-review2012.pdf (acessado Fev. 11, 2014).

Lassner, Karen Johnson, ed. *Guide to Effective CSO Governance.* Cambridge, MA: Management Sciences for Health, supported apoiado pela Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional, 2010, http://erc.msh.org/toolkit/Tool.cfm?lang=1&TID=136&CID=9.

Lavis, John, Andrew Oxman, Simon Lewin, e Atle Fretheim. "SUPPORT Tools for Evidence-Informed Health Policymaking (STP)." *Health Research Policy and Systems 7* (Suppl 1) (2009):11, http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-I1.pdf (accessed Feb. 6, 2014).

Lindelow, Magnus, Pieter Serneels, e Teigist Lemma. "The Performance of Health Workers in Ethiopia: Results from Qualitative Research." S*ocial Science and Medicine* 62 (2006): 2225–2235.

Malena, Carmen. "Strategic Partnership: Challenges and Best Practices in the Management and Governance of Multi-Stakeholder Partnerships Involving UN and Civil Society Actors." Estudo de contexto preparado para o Multi-Stakeholder Workshop on Partnerships and UN-Civil Society Relations, Pocantico, New York, Fevereiro 2004. http://www.un-ngls.org/orf/partnership-carmen-malena.doc (acessado Dez. 9, 2013).

Management Sciences for Health. "Learning to Think Strategically." *The Manager* (Boston) vol. 3, no. 1, 1994, http://www.msh.org/resources/learning-to-think-strategically?keywords=Learning%20to%20think%20strategically&field_resource_type[0]=Publication (acessado Dez. 14, 2009).

————. "Working with Boards of Directors." *The Family Planning Manager* (Boston) vol. 3, no. 5, 1994, http://www.msh.org/sites/msh.org/files/v3_n5_en.pdf (acessado Fev. 6, 2014).

————. "Pocket Guide to Improving Board Performance." Supplement to *The Family Planning Manager* (Boston) vol. 3, no. 5, 1994, http://www.msh.org/resources/working-with-boards-of-directors (acessado Dez. 17, 2009).

————. *Managers Who Lead: A Handbook for Improving Health Services*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2005. http://www.msh.org/resource-center/managers-who-lead.cfm (acessado Abril 23, 2010).

————. Guide for Training Community Leaders to Improve Leadership and Management Practices. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2008, http://www.msh.org/resources/guide-for-training-community-leaders-to-improve-leadership-and-management-practices (acessado Fev. 25, 2014).

————. "Good Governance in Civil Society Organizations." *The eManager* (Cambridge) 2009, no. 2, http://www.msh.org/sites/msh.org/files/emanager_2009-no2_governance-english_0.pdf (acessado Fev. 6, 2014).

————. "How to Govern the Health Sector and its Institutions Effectively." *The eManager* (Cambridge) March 2013, http://www.lmgforhealth.org/content/emanager-how-govern-health-sector-and-its-institutions-effectively (acessado Dezembro 10, 2013).

————. *The Manager's Electronic Resource Center*. http://erc.msh.org/ (acessado Julho 6, 2009).

Mikkelsen-Lopez, Inez, Kaspar Wyss, e Don de Savigny. "An Approach to Addressing Governance from a Health System Framework Perspective." *BMC International Health and Human Rights* 11:13 (2011), http://www.biomedcentral.com/1472-698X/11/13 (acessado Fev. 6, 2014).

National Association of Local Boards of Health. *NALBH's Six Functions of Public Health Governance*. 2012, https://c.ymcdn.com/sites/nalboh.site-ym.com/resource/resmgr/Docs/Governance_Functions.pdf (acessado Jan. 29, 2015).

National Collaborating Centre for Methods and Tools (NCCMT). O website do NCCMT oferece vários recursos e métodos de governação e ferramentas para usar as evidências; sem data, http://www.nccmt.ca/registry/browse/all/1/view-eng.html (acessado Fev. 6, 2014).

NHS Leadership Academy website. National Health Service (UK), no date, http://www.leadershipacademy.nhs.uk (acessado Fevereiro 3, 2014).

NHS Leadership Academy. *The Healthy NHS Board 2013. Principles for Good Governance.* http://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/NHSLeadership-HealthyNHSBoard-2013.pdf (acessado Fevereiro 3, 2014).

Olafsdottir, Anna, Daniel Reidpath, Subhash Pokhrel, et al. "Health systems performance in sub-Saharan Africa: governance, outcome and equity." BMC Public Health 11 (2011):237–244.

Omaswa, Francis, e Jo Ivey Boufford. *Strong Ministries for Strong Health Systems: An overview of the study report Supporting Ministerial Health Leadership: A Strategy for Health Systems Strengthening.* New York City: The New York Academy of Medicine and ACHEST, 2010, p.32, http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/8819cca6-1738-4158-87fe-4d2c7b738932.pdf (acessado Fev. 6, 2014).

Organização Mundial da Saúde. *The Health Manager's Website.* http://www.who.int/management/en/ (acessado Julho 6, 2009).

————. *A Handbook of NGO Governance.* Budapest: European Center for Not-for-Profit Law, 2004, http://www.dochas.ie/sites/default/files/Governance_Handbook_0.pdf (acessado Jan. 29, 2015).

Rajkumar, Andrew, e Vinaya Swaroop. "Public spending and outcomes: Does governance matter?" *Journal of Development Economics* 86(1) (2008): 96–111.

Reich, Michael R., e David Cooper. *PolicyMaker Software: Computer-Assisted Political Analysis.* Brookline, MA: PoliMap, 1996, http://www.polimap.com/ (acessado Agosto 4, 2014).

Twaweza website. Twaweza, sem data, http://www.twaweza.org/ (acessado Fev. 6, 2014).

Vian, Taryn. "Review of Corruption in the Health Sector: Theory, Methods and Interventions." *Health Policy and Planning* 23(2) (2008):83–94. http://heapol.oxfordjournals.org/content/23/2/83.full.pdf (acessado Fev. 6, 2014).

Wilkinson, Richard, and Michael Marmot, eds. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. 2nd ed., Organização Mundial da Saúde, 2003, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf (acessado Fev. 4, 2014).

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

CAPÍTULO 4

# Inclusão da Perspectiva de Género nos Sistemas de Saúde

*Belkis Giorgis*

1. Obter Resultados Através do Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
2. Liderança e Gestão: Competências Críticas para o Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
3. Governação de Sistemas de Saúde e Organizações de Saúde
4. Inclusão da Perspectiva de Género nos Sistemas de Saúde
5. Planear o Trabalho e Executar o Plano
6. Gestão de Recursos Humanos
7. Gestão das Finanças e dos Sistemas Relacionados
8. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde
9. Gestão das Informações: Monitoria e Avaliação
10. Gestão da Prestação de Serviços de Saúde

O Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial, *Igualdade de Género e Desenvolvimento,* de 2012, informa que, durante as últimas três décadas, os níveis de educação e saúde das mulheres e meninas melhoraram significativamente. Dois terços de todos os países atingiram a paridade de género na educação primária. Além disso, em mais de um terço de todos os países, as meninas agora superam significativamente os meninos na educação secundária.

No entanto, em muitas partes do mundo, um número excessivo de mulheres sofre sem necessidade, tanto física como economicamente, além de terem oportunidades limitadas de manifestar suas necessidades a um público receptivo. Esta desigualdade é não só uma afronta aos direitos humanos, mas também uma perspectiva míope: o investimento insuficiente nas mulheres obstrui as estratégias de alívio da pobreza ao negar-lhes a oportunidade de obter ganhos importantes em resultados de saúde e, de modo mais amplo, ao limitar seu avanço geral em termos de desenvolvimento económico e social. A igualdade de género é um elemento impulsionador a longo prazo da competitividade das comunidades e dos países, e a equidade é ainda mais importante nesta era de economias cada vez mais globalizadas.

> Para saber mais sobre a situação de mulheres e meninas, consulte o relatório citado, WDR 2012: Gender Equality and Development, *um* blogue da *Harvard Business Review* que contém dados sobre a igualdade de género a nível global, e um relatório da OCDE sobre como tratar das causas raízes das desigualdades de género na agenda de desenvolvimento pós 2015.

"Sexo" refere-se às diferenças biológicas entre homens e mulheres. "Género" relaciona-se às características que são consideradas "masculinas" e "femininas" em uma sociedade, ou seja, refere-se a uma série de qualidades, comportamentos e oportunidades criados

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

socialmente e associados ao fato de ser homem ou mulher, bem como às relações entre homens e mulheres. Há toda uma gama de atributos associados ao género: vestuário, papéis domiciliares, situação económica, definições de sucesso, e assim sucessivamente.

As condições de saúde de homens e mulheres são resultado de factores tanto biológicos como sociais. Biologicamente, apesar de homens e mulheres compartilharem muitos riscos de saúde (ex. TB, malária, pólio), existem preocupações e ameaças de saúde específicas à biologia de cada sexo (por ex., câncer cervical e uterino para as mulheres e câncer testicular para os homens). Os papéis socialmente prescritos para os géneros podem exacerbar os riscos de saúde, por exemplo, os homens trabalham como motoristas e, portanto, têm maior probabilidade de sofrerem acidentes, ao passo que as mulheres têm maior probabilidade de sofrer de câncer no pulmão como resultado de exposição ao fumo, devido às práticas tradicionais de cozinha.

### QUADRO 1. Carga da doença entre mulheres e homens de países em desenvolvimento

Um estudo do Banco Mundial sobre investimento de saúde em países em desenvolvimento detectou um diferencial inequívoco em termos de carga da doença entre os géneros Em adultos de idade entre 15 e 24 anos, o sexo feminino experimentou a mais alta carga de doença por problemas de saúde maternal, seguido de doenças sexualmente transmitidas (DSTs), tuberculose, infecção de VIH, e distúrbios depressivos, respectivamente.

Por seu lado, os homens foram mais afectados pela infecção do VIH, seguida de complicações da tuberculose, ferimentos com veículos motores, homicídio e violência, e finalmente guerras. Estes dados nos dão uma rápida ideia dos factores biológicos e sociais díspares que ajudam a definir os riscos de saúde que homens e mulheres enfrentam.

*Fonte: Fatalla, Mahmoud. "Issues in Reproductive Health: Health and being a woman." [Questões de Saúde Reprodutiva: Saúde e o facto de ser mulher]. Centro de Notícias da ONU. Nações Unidas. Web. 26 Aug. 2014.*

No sector de saúde, a desigualdade entre os géneros contribui às disparidades de saúde no acesso ao atendimento e na situação de saúde. Por outro lado, os sistemas de saúde bem projectados garantem que homens e mulheres se beneficiem igualmente de serviços de alta qualidade, que acabam por contribuir à família, à comunidade e ao bem-estar social. A gama de factores que limita o acesso das mulheres mais pobres inclui as restrições de tempo, a distribuição dos recursos dentro da família, e a tomada de decisões sobre o atendimento de saúde, além de limitações socioculturais, conforme relatado por Bridge (desenvolvimento–género). Isto exige que as pessoas pensem de forma diferente, aprendam novas maneiras de ver a questão de género, e adoptem comportamentos novos e contrários aos que lhes foram ensinados pela sociedade. Como gestor de um programa de saúde ou de serviços de saúde, deve contestar os valores há muito arraigados nas estruturas de poder e normas patriarcais, que sempre foram dominadas pelos homens, para alcançar a meta da igualdade de género.

Neste capítulo vamos rever conceitos, abordagens e ferramentas que o/a ajudarão a introduzir mudanças de perspectiva na concepção e implementação de políticas e programas de saúde. Por todo o capitulo, incluímos links com outros recursos, caso queira explorar certos tópicos com maior detalhe. Como toda discussão sobre género exige clareza quanto aos termos, definimos os conceitos mais relevantes no glossário ao final deste capítulo.

> Para continuar a explorar os termos e conceitos relacionados a género, consulte o documento de directrizes da USAID sobre igualdade de género e empoderamento das mulheres, algumas FAQs (perguntas frequentes) sobre conceitos relacionados a género, além de um amplo glossário preparado pelas Nações Unidas (ONU).
>
> O projecto de Liderança, Gestão e Governação da Management Sciences for Health tem uma página Web intitulada Género, a qual inclui links com muitos recursos valiosos em apoio aos esforços de alcance da igualdade de género.

## Mitos e realidades sobre género

Alguns dos muitos desafios enfrentados por aqueles que trabalham para alcançar a igualdade de género são os mitos e equívocos em torno do assunto. O Quadro 2 indica alguns dos mitos mais comuns e o que se pode dizer para esclarecer esses equívocos ou mal-entendidos.

QUADRO 2. Mitos e realidades sobre o género

| Mitos | Realidades |
|---|---|
| "Falam muito de género, mas o que realmente querem dizer é mulheres." | É verdade que grande parte da discussão relacionada a género se concentra nas mulheres. Isto acontece principalmente porque os resultados de desenvolvimento das mulheres (ex. saúde, educação, emprego) são afectados mais negativamente do que os dos homens. No entanto, a igualdade de género não é só sobre mulheres e moças, é também sobre como tratar das diferentes necessidades de mulheres e moças, homens e rapazes de forma igual, para que todos os membros da sociedade se beneficiem dessas estratégias de desenvolvimento. |
| "Temos um projecto para as mulheres e, portanto, já conseguimos integrar a perspectiva de género em nossa prática." | Uma estratégia de inclusão da perspectiva de género envolve introduzir a análise de género em todas as iniciativas e não simplesmente elaborar um projecto ou sub-componente isolado. |
| "Trabalhar com 'género', em vez de com foco nas 'mulheres' significa que 'acções específicas' que focalizam as mulheres como grupo alvo separado não têm lugar." | Há um lugar para as intervenções especificas e focalizadas nas mulheres dentro de uma abordagem de inclusão da perspectiva de género. No entanto, essas intervenções são identificadas como resultado de uma opção estratégica, e não como algo prédefinido. Uma análise de género poderá resultar na formulação de intervenções que unam homens e mulheres, ou relativas a mulheres como grupo separado, ou aos homens como grupo separado. |
| "A igualdade de género significa que homens e mulheres são iguais." | A igualdade não significa que mulheres e homens são iguais mas, sim, que seu gozo dos direitos, oportunidades e chances na vida não podem ser regidos ou limitados pelo facto de terem nascido como homens ou mulheres. |
| "Estamos aqui para salvar vidas, e não para perguntar se alguém é mulher ou homem." | Quando temos recursos limitados, temos que ser ainda mais vigilantes para garantir que usemos nossos recursos em assistência às pessoas mais necessitadas, que geralmente são as mais vulneráveis, marginalizadas e desprivilegiadas. Desta forma, incluir resultados de análises de género na concepção de um programa significa simplesmente uma boa programação e administração dos recursos disponíveis, que responda pela melhoria dos resultados gerais de saúde. |
| "Só os consultores de género podem tratar das questões relacionadas a género." | Somos todos responsáveis por melhores resultados de saúde. Quando existem disparidades de género, é responsabilidade de todos tratar das mesmas. O pessoal do programa tem que garantir que a assistência e protecção que fornecem atendem às necessidades de todos os membros da população de forma igualitária. |
| "Nosso problema é a pobreza. Depois que reduzirmos a pobreza, as questões de género não mais serão relevantes." | A desigualdade de género provoca e perpetua a pobreza e a vulnerabilidade. Mas uma maior igualdade de género poderá ajudar a reduzir as causas raízes da pobreza e vulnerabilidade e contribuir a um crescimento sustentável em favor dos pobres (Overseas Development Institute 2008). |

*FONTE: Adaptado de Mercy Corps,* BRIDGE & Gender Mainstreaming: A Guide for Program Staff *[BRIDGE e Inclusão da Perspectiva de Género: Guião para o Pessoal do Programa]. p. 6.*

## Conceitos básicos: Inclusão da Perspectiva de Género

A inclusão da perspectiva de género foi estabelecida como uma estratégia global para promover a equidade de género na Plataforma de Acção adoptada na 4a. Conferência Mundial sobre Mulheres das Nações Unidas, realizada em Pequim em 1995. A estratégia reconhece que a igualdade de género é uma meta fundamental em todas as áreas de desenvolvimento económico e social (ex., saúde, educação e emprego). A inclusão da perspectiva de género não significa meramente acrescentar o componente "mulher" ou "género" a um programa ou aumentar a participação das mulheres numa determinada intervenção. A inclusão da perspectiva de género tem a ver com incluir todos os membros da sociedade e toda a experiência, conhecimento e interesses que eles trazem ao estabelecimento e implementação da agenda de desenvolvimento.

A inclusão da perspectiva de género sugere a necessidade de mudanças nas metas, estratégias e acções para permitir que tanto mulheres e homens influenciem, participem e se beneficiem dos processos de desenvolvimento. Num nível organizacional, a inclusão da perspectiva de género demanda um exame e mudanças posteriores nas estruturas, procedimentos e cultura de uma organização para criar um ambiente em que todos contribuem e se desenvolvem.

O Conselho Económico e Social das Nações Unidas define a inclusão da perspectiva de género da seguinte maneira (UN 1997):

> *A inclusão da perspectiva de género é o processo de avaliar as implicações para homens e mulheres de qualquer acção planejada, nomeadamente leis, directrizes ou programas, em qualquer área e em todos os níveis. É uma estratégia para tornar as preocupações e experiências das mulheres, bem como as dos homens, uma parte integral da concepção, implementação, monitoria e avaliação das políticas e programas em todas as esferas políticas, económicas e societárias, de forma que homens e mulheres se beneficiem igualmente e a desigualdade não seja perpetuada. A meta final dessa inclusão de perspectiva é alcançar a igualdade de género.*

Assim, a inclusão da perspectiva de género no sistema de saúde é um processo que exige uma grande transformação em nossa forma de ver o mundo e no papel que nós e outros temos a desempenhar nesse mundo, bem como uma ampliação das perspectivas que trazemos à mesa. A inclusão da perspectiva de género exige que entendamos os papéis definidos pela sociedade para os homens e mulheres e como esses papéis têm impacto sobre a sua possibilidade de acesso ao poder e aos recursos, entre eles os cuidados de saúde.

> Consulte também o documento completo do Conselho da ONU do qual foi tirada a definição precedente, bem como uma folha de factos que descreve a estratégia da ONU para a inclusão da perspectiva de género.

O Quadro 3 apresenta várias declarações que reflectem os princípios básicos da inclusão da perspectiva de género; use-as para ajudá-lo a pensar na aplicação da inclusão da perspectiva de género em sua organização.

### QUADRO 3. Inclusão da perspectiva de género: Está a promovê-la?

Leia abaixo os princípios essenciais da inclusão da perspectiva de género e marque os que são relevantes para o seu trabalho e/ou posição. Em seguida, reflicta até que ponto sua organização se comporta segundo esses princípios:

Eu **reconheço** que a equidade de género é essencial para alcançar todas as metas de minha organização.

Trabalho para **garantir** que as considerações, preocupações e experiências de género de mulheres e homens, moças e rapazes, são integrais à concepção, implementação, monitoria e avaliação de toda as leis, directrizes e programas.

Trabalho para **promover** a igualdade entre mulheres e homens, moças e rapazes, em todas as directrizes, programas, estratégias e intervenções de minha organização.

Trabalho para **garantir** que mulheres e homens participem igualmente no estabelecimento de prioridades e metas e no planeamento, de forma que os programas atendam às prioridades e necessidades de mulheres e homens, moças e rapazes.

Eu **analiso** o impacto potencial positivo e negativo de todas as nossas intervenções sobre as mulheres e homens, moças e rapazes, em todas as áreas.

Eu **exijo** que sejam feitas análises de género antes de tomar decisões importantes sobre metas, planos estratégicos e distribuição de recursos.

Depois de rever esta lista com sua equipa e colegas, identifique as áreas em que poderia obter melhores resultados.

## POR QUE E COMO INCLUIR A PERSPECTIVA DE GÉNERO NO SECTOR DE SAÚDE

Grande parte da inclusão da perspectiva de género no sector de saúde é orientada pelo reconhecimento dos papéis centrais que as mulheres desempenham tanto como profissionais de saúde como utentes dos serviços de saúde em diferentes níveis dos sistemas de saúde. Estes papéis incluem os seguintes:

**Mulheres como prestadoras de serviços de saúde na família.** As mulheres são geralmente as responsáveis na família por questões relacionadas à saúde. Elas cuidam dos jovens, dos enfermos, dos idosos e dos incapacitados. Com frequência, elas têm que cuidar de membros da família quando elas próprias estão doentes; os dados mostram que a carga da doença e a incapacidade são altas para as mulheres entre 15 e 49 anos de idade (Fatalla 1998). Nos locais onde os sistemas de saúde não oferecem um atendimento de alta qualidade e/ou onde o acesso encontra-se limitado, as mulheres se tornam as principais—e, muitas vezes, as únicas— prestadoras de cuidados de saúde de suas famílias. Mas esse papel previamente definido pela sociedade para as mulheres – de cuidadoras de saúde em suas próprias casas – pode limitar as oportunidades de educação e obtenção de outros empregos dessas mulheres. Apesar das normas de género atribuírem às mulheres a responsabilidade pela saúde familiar, é importante observar que essas responsabilidades reduzem o tempo disponível para outras actividades de saúde (por ex., a amamentação) e poderão fazer com que os homens não apoiem o uso, pelas mulheres e crianças, dos serviços formais de saúde. As mulheres também podem ter um controlo limitado dos recursos da família (por ex. para gastar com saúde) em relação aos homens.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

**Mulheres como prestadoras de serviços de saúde em sistemas de saúde formais.** Na maioria dos países de baixa renda, a separação dos géneros nos programas médicos ou programas associados de formação em saúde resulta numa representação não equilibrada das mulheres na força de trabalho de saúde. Geralmente, as mulheres estão pouco representadas nos cargos mais elevados da área de saúde ou nas partes da profissão em que os rendimentos são mais altos. Por outro lado, as mulheres é que ocupam a maioria dos cargos de nível mais baixo da força de trabalho de saúde, ou seja, aqueles de salários mais baixos e menos benefícios. Esta representação desproporcional das mulheres, considerando-se a força de trabalho de saúde como um todo, pode apresentar desafios à melhoria da qualidade dos serviços de atendimento de saúde para as mulheres. (Standing 2000)

**Mulheres como consumidoras de cuidados de saúde.** Devido aos seus papéis como reprodutoras e cuidadoras, os principais utilizadores dos sistemas de saúde são as mulheres e seus filhos. Poderíamos esperar portanto uma "abordagem centrada nas mulheres" mas, infelizmente, isto raramente acontece já que existem muitas barreiras culturais, sociais e económicas que impedem as mulheres de aceder aos serviços de que necessitam. A mortalidade maternal e infantil é alta na maioria dos países de baixa renda; o acesso a bons cuidados de saúde é crítico para melhorar a condição de saúde de mulheres e crianças.

A inclusão da perspectiva de género no sector de saúde é, portanto, de relevância particular porque o género tem um papel tão essencial para determinar a condição de saúde de homens e mulheres, e o seu acesso às informações e serviços de saúde.

Os objectivos principais da inclusão da perspectiva de género são:

- Reconhecer os diferentes riscos a que homens e mulheres estão expostos, para que os profissionais dos programas de saúde possam procurar garantir que ambos recebam os serviços e as informações de interesse crítico para eles.
- Reconhecer factores socioeconómicos e culturais que inibem o acesso aos serviços, de forma a poder introduzir mudanças em como, quando e onde as mulheres e homens são servidos.
- Por exemplo, para as mulheres, esses factores incluem sua pesada carga de trabalho, a falta de autonomia e de renda, e a não disposição de suas famílias de investirem na saúde das mulheres.
- Para os homens, as considerações poderiam ser sua não disposição para visitar uma clínica que é frequentemente utilizada pelas mulheres, ou cujo horário de atendimento não combina com seu horário de trabalho.
- Colaborar com todas as partes interessadas para entender plenamente as questões e necessidades específicas de todos os beneficiários, inclusive aquelas cujas vozes não são ouvidas com frequência, e utilizar esse entendimento para criar, monitorar e avaliar os programas de saúde.
- Fortalecer a capacidade em diferentes sectores (ex., organizações governamentais e não governamentais, incluindo as organizações de mulheres) e em diferentes níveis (local, regional e nacional) para oferecer perspectivas e contribuições ao desenvolvimento de directrizes, gestão e administração dos programas, planeamento dos recursos humanos, prestação de serviços, sistemas de informações de gestão, e prestação de contas do ponto de vista financeiro e programático (ou *"accountability"*).

## DESAFIOS PREVISTOS

Os papéis e normas de género são valores profundamente arraigados e culturalmente incorporados nas sociedades. Portanto, como gestor de um programa de saúde ou serviços de saúde, pode esperar muitos desafios ao tentar incluir a perspectiva de género em sua organização, seus programas, seu projecto, e sua vida quotidiana. Tente planear como tratará de alguns dos desafios mais comuns que encontrará. Por exemplo:

- A saúde é determinada por muitos factores que se encontram fora da esfera de influência das profissões de saúde.
  *Então, como se engajar com representantes de outros sectores e ministérios para reduzir as desigualdades de género nos resultados de saúde?*
- É mais fácil falar da inclusão da perspectiva de género do que implementá-la.
  *Então, como obter compromissos reais tanto políticos como de recursos dentro de sua organização ou no governo, inclusivamente nos níveis mais elevados?*
- Os profissionais e praticantes das directrizes de saúde, tanto homens como mulheres, são todos produtos de sua cultura.
  *Então como fazer com que examinem suas próprias atitudes com relação aos seus utentes e utentes, homens e mulheres, jovens e velhos?*
- A inclusão da perspectiva de género poderá adoptar uma abordagem falsamente simples para tratar das desigualdades de saúde, ao excluir outros factores sociais determinantes das desigualdades de saúde, nomeadamente raça, classe, etnia e nível educacional.
  *Então como se conter para não aplicar estereótipos e reconhecer as múltiplas identidades que homens e mulheres têm?*
- Muitas vezes, existe a percepção de que o interesse pela igualdade e equidade de género, nos países de baixa renda, é manifestado mais como uma agenda das agências doadoras do mundo ocidental, mas não existe de forma independente nos próprios países.
  *Então como tornar o diálogo sobre género relevante para todas as partes interessadas e a agenda local, e não mais como algo imposto de fora?*

É importante reconhecer a validade dessas difíceis perguntas e preparar respostas amplas e bem reflectidas que demonstrem o entendimento das questões e ofereça alternativas para tratar das mesmas. Invariavelmente, descobrirá que cada um desses desafios exige a utilização de uma ou mais das práticas discutidas em outros capítulos (especialmente os capítulos 2 e 5): alinhamento, mobilização, exploração, focalização, estabelecimento de uma direcção comum, engajamento das partes interessadas, cultivo da prestação de contas, e outras mais. Nossas experiências já demonstraram que a aplicação consciente, intencional e sistemática dessas práticas poderão ajudá-lo a enfrentar esses desafios com confiança.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## COMO CONDUZIR UMA ANÁLISE DE GÉNERO

A análise de género é o primeiro passo da inclusão da perspectiva de género, porque ela traz as informações necessárias para estabelecer as directrizes de saúde, o planeamento e a programação. Acontece, frequentemente, que as informações que não podem ser observadas muito facilmente, acabam vindo à tona durante o processo de inquérito. Uma análise de género revela as consequências da desigualdade de género em relação à vulnerabilidade de homens e mulheres a diferentes doenças, e destaca as diferenças de acesso aos recursos de saúde para prevenir ou tratar as doenças e enfermidades. Os resultados de uma análise de género poderão ajudá-lo a melhorar a eficácia e qualidade dos serviços de saúde ao oferecer os serviços mais apropriados às mulheres e homens.

Um exemplo de uma matriz de análise de género na saúde aparece no módulo de aprendizagem da OMS sobre sexo e género. Além disso, o Capítulo 10 do manual, que tem uma secção denominada "Garantia de Acesso Equitativo a Todas as Pessoas e Comunidades", conclui com o Apêndice A, "Quadro de Análise de Género".

### QUADRO 4. Como realizar uma análise de género

Numa análise de género, além de considerar os riscos biológicos que homens e mulheres têm de contraírem doenças ou sofrerem incapacidades, examine os factores relacionados a género.

- Examine os papéis, as relações e as diferenças entre mulheres e homens que foram estabelecidos por normas e práticas culturais e pergunte se esses aspectos tornam homens e mulheres mais ou menos susceptíveis aos problemas de saúde.
- Destaque como as desigualdades impõem restrições à busca e manutenção da boa saúde e identifique formas de tratar e superar essas restrições.
- Analise as influências sobre a tomada de decisões, quem toma as decisões na família, e as consequências relacionadas com o acesso ao atendimento de qualidade, os resultados de saúde, e as condições de vida em geral.
- Revele os riscos e problemas de saúde que homens e mulheres enfrentam como resultado dos seus papéis definidos pela sociedade, por exemplo, contacto com águas residuais, fumos resultantes do fogo utilizado nas casas para cozinhar alimentos, etc.
- Analise a posição dos homens e das mulheres dentro da comunidade e como isto influencia seus pressupostos quanto a posições de liderança e participação nas actividades comunitárias.

O documento da OMS, Análise de Género em Saúde, é um recurso inestimável para os que trabalham com género e saúde. Ele inclui uma avaliação crítica de 17 recursos amplamente utilizados e sua utilidade para a análise de género em saúde. Além disso, o sistema ADS (*Automated Directives System*) da USAID inclui o Capítulo 205, "Integração da Igualdade de Género e Empoderamento Feminino no Ciclo de Programas da USAID." Outro recurso da USAID é o "Guia de Integração e Análise de Género: Ajuda Adicional para os Capítulos 201 e 203 do ADS."

## INCLUSÃO DA PERSPECTIVA DE GÉNERO NO CICLO DO PROGRAMA

Ao integrar as considerações de género na fase de concepção do programa e durante todo o seu ciclo, evita-se que a questão de género seja apenas uma "consideração posterior", inserida quase no final apenas para atender às leis e directrizes. Esta abordagem "de última hora" não leva em consideração como todo o programa pode ser afectado pelas disparidades de género. Basta considerar o processo esboçado no Quadro 5 (próxima página) para ver se está a fazer das considerações de género uma parte integral do ciclo de programa e, se não estiver, o que pode mudar para que isto aconteça.

> Para ter mais informações sobre a integração do género em todo o ciclo do programa, poderá consultar um guia de programa preparado por FHI 360, bem como um manual preparado pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional de Género *(IGWG - Interagency Gender Working Group)*.

## QUADRO 5. Processo de integração do género no ciclo do programa

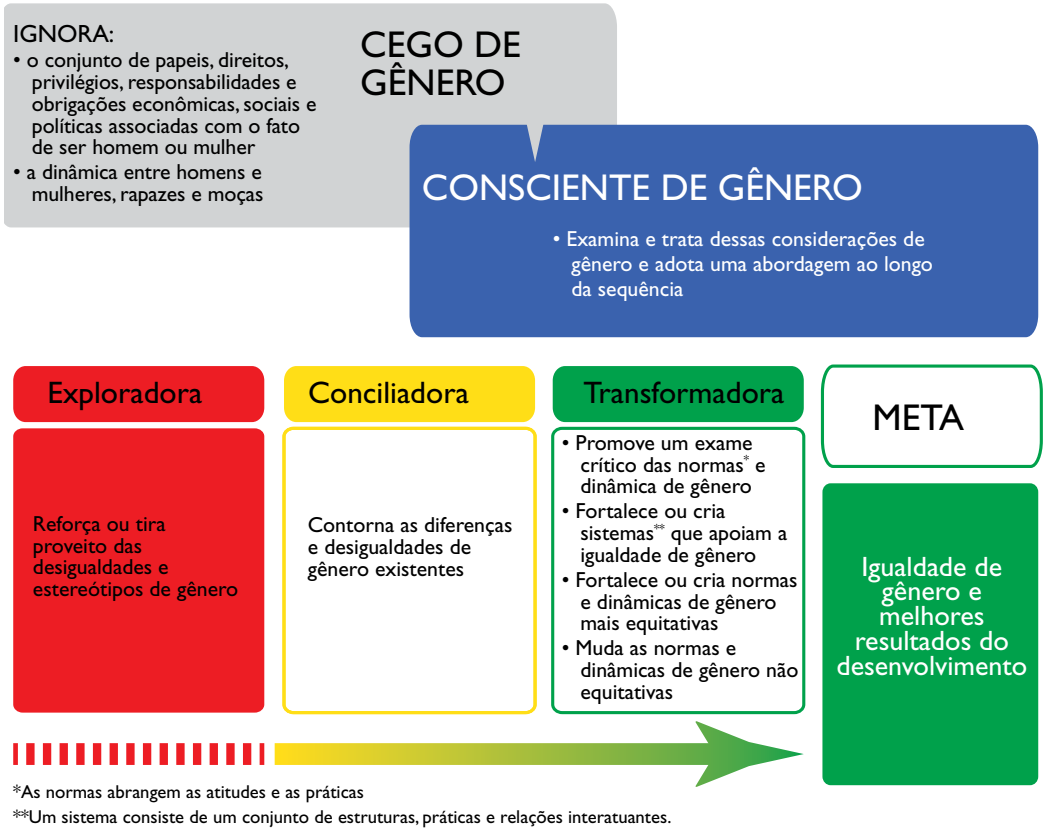
| | |
|---|---|
| **Avaliação** | *Primeiro,* recolha ou aceda aos dados disponíveis sobre as relações, papéis e identidades actuais de género em relação às necessidades ou problemas de saúde a serem tratados pelo programa.<br><br>*Segundo,* analise os dados para avaliar qualquer relação potencial entre as restrições e oportunidades com base no género que pode afectar o alcance dos objectivos de saúde ou a situação relativa entre mulheres e homens.<br><br>A fase de avaliação é importante para se obter uma melhor percepção dos problemas que seu programa pretende resolver, e do contexto no qual implementará o programa. Terá que avaliar tanto o papel que o género cumpre nos problemas que deseja resolver, como a forma em que seu programa poderia afectar as normas e relações de género. Este processo é chamado de *análise de género.* |
| **Planeamento estratégico** | Examine se os objectivos do programa dão ou não atenção às restrições e oportunidades relacionadas ao género. Isto poderá exigir uma reformulação dos objectivos para que reforcem a sinergia entre género e metas de saúde. |
| **Concepção** | As abordagens, intervenções e actividades do programa devem apoiar o alcance dos objectivos de saúde e de equidade de género. Na fase de concepção, os resultados da análise de género devem ser usados para considerar as questões relacionadas a género que o programa necessita resolver, e estabelecer os objectivos e as actividades do programa para atingir esses objectivos. Muitas vezes, é necessário desenvolver objectivos adicionais que focalizem as questões de género; outras vezes, poderá ser mais viável incorporar as considerações de género como sub-objectivos nas actividades não dirigidas especificamente para a questão de género. |
| **Monitoria** | Prepare indicadores para medir os resultados específicos de género, especialmente o alívio das restrições baseadas em género e a aplicação de oportunidades.<br><br>Monitore regularmente os indicadores de processo para garantir que o programa funcione como planeado, sem nenhum efeito adverso não previsto ou não pretendido para os beneficiários. Na fase de implementação e monitoria, as actividades relacionadas a género são implementadas para garantir a participação total e o benefício de meninas, mulheres, meninos ou homens, conforme apropriado. É necessário recolher e analisar os dados continuamente para acompanhar o progresso em direcção ao alcance de objectivos relacionados a género. A monitoria cuidadosa também ajuda a identificar as situações em que mudanças podem ser feitas no programa, a meio caminho, para que ele tenha o efeito desejado sobre as normas e as relações de género. |
| **Avaliação** | Recolha e analise os dados da linha de base (talvez incluindo os dados de avaliação mencionados acima), além dos dados da linha final, para avaliar a eficácia dos elementos do programa (isto é, para demonstrar que os objectivos do programa foram alcançados ou para documentar as mudanças nos resultados de saúde conseguidas pelo programa). Também é útil considerar a realização de uma análise de género a meio caminho do programa para identificar possíveis restrições relacionadas a género que o programa enfrenta agora e que não puderam ser previstas no início, e para ajustar a concepção e as actividades do programa com base nos resultados. |

*Adaptado de: Manual de Integração do Género nos Programas de Saúde Reprodutiva e VIH: Do Compromisso à Acção (2a. Edição), The Interagency Gender Working Group, 2009*

## PROCESSO CONTÍNUO DE INTEGRAÇÃO DE GÉNERO

O Grupo de Trabalho Interinstitucional de Género (IGWG) desenvolveu uma estrutura conceitual de Processo Contínuo de Integração de Género (Figura 1), a qual será usada como uma ferramenta de diagnóstico para integrar as análises e resultados de género nos programas, ao determinar se esses programas são "cegos de género" ou "conscientes de género". Os programas que são conscientes de género (ou seja, que reconhecem explicitamente as normas, diferenças e relações locais em termos de género), podem ainda ser exploradores, conciliadores ou transformadores.

FIGURA 1. O Processo Contínuo de Igualdade de Género




*Fonte: Módulo de formação do IGWG, encontrado em* http://www.igwg.org/igwg_media/Training/FG_GendrIntegrContinuum.pdf.

O website do IGWG e o material de apoio do IGWG sobre o processo contínuo de estratégias de género descrevem em maior detalhe as 4 categorias.

Examinemos mais detalhadamente as várias posições com exemplos que foram recolhidos pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional de Género (IGWG).

Os projectos ou programas **cegos de género** usam termos genéricos tais como crianças, adolescentes, jovens, famílias, etc. Não identificam as diferenças entre mulheres e moças e entre homens e rapazes com relação às suas actividades, acesso aos recursos e controlo dos mesmos, e participação na tomada de decisões. Os projectos cegos de género não consideram ou tratam da questão de género. Uma estratégia cega de género ignora as implicações de género e simplesmente parte da premissa que as normas, papéis ou diferenciais de poder, em termos de

género, são imutáveis ou não influenciam quem participa ou se beneficia de um projecto ou programa. Por exemplo, uma avaliação da pobreza que não considere as diferenças entre famílias encabeçadas por homens e famílias encabeçadas por mulheres, ou qualquer um dos efeitos diferenciais do género sobre a pobreza, é um exemplo de uma abordagem cega de género.

Os programas ou projectos **conscientes do género** fazem menção explícita das questões de género e propõem soluções específicas para tratar das necessidades e preocupações de mulheres, moças, homens e rapazes que usam o programa ou quem quer que o projecto queira servir. Neste caso, veríamos o reconhecimento de que as actividades que beneficiam homens e mulheres podem exigir diferentes insumos e modelos, tais como casas de banho, ou estipêndios ou horários de seminários separados, que atendam às necessidades especiais das mulheres. As considerações de género ficam aparentes quando os dados desagregados por sexo são usados para tomar decisões de como o ambiente está a ser estruturado.

As estratégias **exploradoras de género** exploram as desigualdades e os estereótipos de género em busca do alcance da meta final de um programa ou projecto. Este tipo de estratégia de género reforça as desigualdades de género e perpetua as imagens estereotípicas dos papéis de mulheres e homens. Por exemplo, na área de recursos humanos para a saúde (RHS), uma estratégia de recrutamento educacional poderá (inconscientemente) utilizar o estereótipo de que as mulheres são melhores nos papéis de educação, instrução e protecção (ao contrário dos homens, que seriam melhores nos papéis de diagnóstico ou tratamento). Os empregadores poderão presumir que o homem é o "ganha-pão" da família e que, portanto, a remuneração dos empregados tem que ser maior do que a das empregadas que exercem a mesma função. As estratégias exploradoras na área de programação de saúde reprodutiva (SR) incluem a de apelar aos líderes de opinião do sexo masculino para actuarem como guardiães do comportamento das mulheres quanto à saúde reprodutiva, ou aludir à dominância sexual masculina em campanhas de marketing para encorajar os homens a usar preservativos. Práticas como essas reforçam de forma inadvertida o poder e a dominância dos homens na tomada de decisões. Em situações clínicas, vemos às vezes que a tendência louvável de envolver os homens no atendimento de saúde de suas parceiras é solapada pelos profissionais de saúde que passam a dirigir toda a sua atenção aos homens, ao invés do casal.

As estratégias **conciliadoras de género** reconhecem e levam em consideração as diferenças de género, com o fim de alcançar as metas de programa ou projecto. Tais estratégias não se preocupam em contestar as normas mais injustas de género. Em vez disso, elas podem facilitar às mulheres cumprir as obrigações a elas designadas em função dos seus papéis em termos de género. Às vezes, a acomodação (ou trabalhar dentro da situação de desigualdade /iniquidade existente) pode ser uma forma mais rápida de atingir objectivos esperados do que tentar mudar as relações de género. Mas é importante observar que as intervenções conciliadoras de género podem dar resultados a curto prazo e são um primeiro passo importante no processo contínuo de igualdade de género. No entanto, a melhor forma de atingir as metas de longo prazo é através das intervenções transformadoras de género. Os profissionais de saúde não devem parar somente nas estratégias conciliadoras.

Um exemplo deste tipo de estratégia é a criação de um programa de creche em um hospital para que as enfermeiras possam combinar mais facilmente o cuidado dos filhos com o trabalho remunerado. Um programa desse tipo apoia a participação contínua das mulheres na força de trabalho, mas não questiona a norma prevalente de que só as mulheres é que cuidam dos filhos. Um exemplo da área de recursos humanos é a entrega de suprimentos contraceptivos à porta das casas das mulheres, em locais onde sua mobilidade fora de casa está limitada. A distribuição de contraceptivos porta a porta ajudou a aumentar as taxas de prevalência de contraceptivos em muitos países e deu a muitas mulheres o poder de controlar sua fertilidade conforme elas próprias desejem—mas, na maioria dos casos, a distribuição domiciliar faz muito pouco para questionar a crença de que as mulheres que saem de casa sem a permissão de um familiar do sexo masculino não são mulheres dignas de respeito.

Os projectos e programas **transformadores de género** buscam transformar relações desiguais de poder entre homens e mulheres através da mudança dos papéis e posição, e através da redistribuição dos recursos. As considerações de género são incorporadas à concepção do projecto e as causas das desigualdades são tratadas directamente de forma a promover a equidade como meio de realizar as metas do projecto. As estratégias transformadoras tentam superar as barreiras que a questão de género cria à participação da força de trabalho ou à utilização dos serviços de saúde, ao alterar o equilíbrio de poder, a distribuição de recursos ou a alocação de obrigações entre os profissionais de saúde ou beneficiários desses, serviços segundo a sua condição de homens ou mulheres. Elas também podem agir de forma a aumentar a conscientização crítica quanto às normas de género, por exemplo, quando há um recrutamento voltado aos homens para trabalhos normalmente considerados como "típicos de mulheres". Isto pode ser transformador em termos de género porque busca transformar relações de poder desequilibradas. Na área de programação de SR, uma estratégia transformadora poderá promover um diálogo comunitário para reequilibrar as relações de género, de forma que as mulheres possam obter serviços contraceptivos sem necessitar da permissão dos seus maridos.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## Estudos de caso que destacam os diferentes estágios do processo contínuo de integração de género—Exemplos de Zimbábue, Zâmbia e Quénia

### Exploradores de Género: Campanha para Aumentar o Envolvimento dos Homens em Zimbábue

Para aumentar o uso de contraceptivos e o envolvimento dos homens em Zimbábue, um projecto de planeamento familiar iniciou uma campanha de comunicação para promover a importância da participação dos homens na tomada de decisões relacionada ao planeamento familiar. As mensagens utilizaram imagens e metáforas de desportos, tais como *"Saiba jogar! Se tiver o controlo, é fácil ganhar!"*, ou *"É você quem escolhe!"* A campanha aumentou o uso de métodos contraceptivos. Para avaliar o impacto, o projecto perguntou aos entrevistados do sexo masculino se, idealmente, eles, suas parceiras ou ambos os membros do casal deveriam ser responsáveis por tomar decisões de planeamento familiar. A avaliação concluiu que: *"Enquanto os homens tinham muito mais probabilidade de acreditar que eles deviam ter um papel activo nas questões de planeamento familiar depois da campanha, eles não aceitavam necessariamente os conceitos da tomada de decisões em conjunto. Aparentemente, os homens não interpretaram correctamente as mensagens da campanha que, na sua percepção, diziam que as decisões de planeamento familiar deveriam ser tomadas só pelos homens."*

### Conciliadores de Género: O Papel dos Jovens no Atendimento e Suporte das Pessoas que Vivem com o VIH (PVVIH)

Em Zâmbia, um projecto procurou envolver os jovens no atendimento e suporte das pessoas com VIH. O projecto conduziu um inquérito formativo para avaliar o interesse dos jovens em explorar as dimensões dos cuidados de saúde relacionados a género. A avaliação procurou explorar com que tarefas de atendimento de utentes os jovens e as jovens se sentiam mais à vontade e aptos a realizar. Também procurou saber que tarefas as próprias PVVIH prefeririam que fossem conduzidas pelos jovens ou pelas jovens. Com base nesse inquérito, o projecto adoptou uma abordagem para incorporar tarefas preferidas para os jovens de cada sexo, de modo a desenvolver o atendimento prestado por jovens e apoiar as actividades voltadas às PVVIH.

### Transformadores de Género: Programa de Prevenção da Mutilação Genital Feminina (MGF) no Quénia

Uma intervenção relacionada à MGF no Quénia procurou reduzir a incidência dessa mutilação tão perigosa. O pessoal do projecto se deu conta de que uma possível lei para proibir essa prática não levaria em conta as motivações culturais e sociais da comunidade, e acabaria por transformá-la numa prática "clandestina". Em vez disso, o projecto contratou um antropólogo médico para trabalhar com a comunidade. Através de entrevistas qualitativas com grupos de mulheres, homens e líderes religiosos, o projecto procurou entender o significado e as funções que o ritual fornece à comunidade. Junto com membros comunitários, o pessoal do projecto adaptou o ritual de MGF ao eliminar a mutilação física nociva, mas mantendo os elementos culturais "saudáveis", tais como a reclusão das meninas, as danças, narração de histórias, troca de presentes, educação de saúde e de higiene, etc. Como resultado, um novo ritual foi criado para as meninas, denominado "circuncisão com palavras", o qual acabou por ser aceitado por toda a comunidade.

*Fonte: Grupo de Trabalho Inter-Agências sobre Género e USAID,* "Estudos de Caso: Processo Contínuo de Integração de Género"

# Uma lente de género para ver os pilares dos sistemas de saúde

Para ilustrar a integração de género no contexto do sector de saúde: se os sistemas de saúde quiserem responder adequadamente aos problemas provocados pela desigualdade de género, não basta simplesmente "acrescentar" o componente de género mais tarde no desenvolvimento de um dado projecto. As pesquisas, intervenções, reformas do sistema de saúde, educação em saúde, promoção social da saúde e as directrizes e programas de saúde devem integrar a igualdade de género desde a fase de planeamento. Uma abordagem como esta também garantirá que as perspectivas de género estejam reflectidas nas directrizes de saúde, serviços, financiamento, pesquisa e currículos de formação da força de trabalho de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2010a, 16).

Neste manual, outros capítulos examinam mais de perto os seis pilares que, juntos, constituem o sistema de saúde. Apesar de serem feitos mais esforços hoje em dia para juntar evidências de como as considerações de género na programação influenciam cada um dos pilares, as informações já recolhidas não são nem completas nem abrangentes. Por exemplo, há toda uma literatura sobre como o género afecta as formas e tipos de serviços que podem ser dirigidos para mulheres e homens, rapazes e moças, mas há menos informações disponíveis sobre como o género afecta os outros pilares. Cada um desses pilares é tratado nesta secção para demonstrar como as considerações de género são importantes. A descrição dos seis pilares dos sistemas de saúde pode ser vista no website da OMS.

Como indicado no Capítulo I, o objectivo final de um sistema de saúde é o de manter ou restaurar a saúde de todos, de forma equitativa. Este capítulo focaliza a equidade de género porque, como já foi discutido, as mulheres e os homens têm diferentes problemas e necessidades. Além disso, ele focaliza a equidade de género porque as mulheres são as principais provedoras e consumidoras dos serviços de saúde em países de baixa renda. Tomando estes factores em consideração, as seguintes secções fornecem uma discussão geral sobre como as questões de género são relevantes dentro do quadro de fortalecimento dos sistemas de saúde.

> Um curso de aprendizado electrónico sobre género e FSS está disponível no site do Centro Global de Aprendizado Electrónico (Global Health eLearning Center) da USAID. Esse curso está enquadrado no sprograma de certificação em Género e Saúde.

## PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Os bons serviços de saúde são aqueles que fazem intervenções de saúde eficazes, seguras e de qualidade para aqueles que delas necessitam, quando e onde elas são necessárias e com o menor desperdício possível de recursos. A prestação de serviços sensível à questão de género foi concebida para tratar das normas, papéis, responsabilidades e necessidades de género que afectam o acesso aos serviços e a sua utilização. Por exemplo, um programa de PTMF (Prevenção da Transmissão de Mãe a Filho), que seja sensível ao género, reconhece explicitamente que as mulheres podem não ter a posição, os direitos e o poder de tomada de decisões para praticar relações sexuais seguras ou adoptar práticas mais seguras de alimentação de bebés, mas que, ao mesmo tempo, podem não agir para acabar com essas barreiras.

Os dados das pesquisas demográficas e de saúde mostram que em alguns países da África subsaariana e Sul da Ásia, as mulheres não se envolvem nas decisões relativas à sua própria saúde em 50% ou mais dos domicílios. Em Burkina Faso, Mali e Nigéria, quase 75% das mulheres relataram que seus maridos tomavam, sòzinhos, as decisões relativas à saúde delas (OMS 2010a, 18).

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Os serviços se tornam sensíveis ao género quando são empreendidas medidas para agir sobre essa consciência, ao tentar contactar os parceiros das mulheres (com a permissão destas, evidentemente) para promover uma tomada de decisões em conjunto sobre práticas sexuais mais seguras ou alimentação de bebés (OMS 2009a). Os programas mais sensíveis em termos de género prestam serviços de saúde integrados e abrangentes que oferecem um pacote completo de intervenções de saúde que variam desde a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, controlo da doença, e reabilitação, até serviços de cuidados paliativos. Esses serviços também são prestados em vários níveis e locais do sistema de saúde e procuram atender às necessidades de jovens e idosos, homens e mulheres, em todos os estágios do ciclo de vida.

> A organização Family Care International preparou uma apresentação PowerPoint sobre a abordagem de ciclo de vida para tratar da saúde sexual e reprodutiva feminina.

Os serviços integrados de saúde tratam das necessidades das mulheres de terem acesso aos serviços para si e seus filhos ao mesmo tempo e, assim, economizarem esforço, tempo e dinheiro. O acesso em um só local a uma gama abrangente de serviços ajudaria muito a aumentar o acesso ao atendimento, sobretudo para as mulheres. Por exemplo, em vez de colocar o atendimento de saúde infantil, o atendimento pré-natal e o planeamento familiar disponíveis em diferentes dias ou horários, o oferecimento de todos esses serviços, todo o tempo, permitiria a uma mulher que vem imunizar seu filho(a) a fazer também um teste de gravidez ou obter suprimentos contraceptivos dentro de um período de tempo muito menor. Além da conveniência em termos de tempo, a integração de alguns serviços poderia também reforçar a privacidade e/ou reduzir o estigma como, por exemplo, quando os serviços relacionados a ISTs ou a VIH e SIDA, aborto ou infertilidade são todos disponibilizados na clínica de saúde sexual e reprodutiva (OMS, 2010a).

Além disso, é importante considerar as necessidades de saúde da comunidade LGBT (lésbica, homossexual, bissexual e transgénero). A garantia de acesso a esse grupo marginalizado é uma questão de género e deve fazer parte da agenda de igualdade de género. Os estudos mostram que os membros da comunidade LGBT enfrentam problemas de saúde e barreiras relacionadas à sua orientação sexual e identidade de género e que evitam ou adiam o atendimento ou, ainda, recebem um atendimento inadequado ou inferior, devido à homofobia, estigma e discriminação praticadas pelos profissionais e instituições de saúde. Este problema tem sido particularmente importante na área de prevenção, tratamento e suporte às pessoas infectadas ou afectadas por VIH/SIDA, quando esses grupos são marginalizados ao buscar atendimento.

## FORÇA DE TRABALHO DE SAÚDE

Uma força de trabalho de saúde, de bom desempenho, é aquela que trabalha de forma receptiva, justa e eficiente para alcançar os melhores resultados possíveis de saúde, tendo em vista os recursos disponíveis e as circunstâncias. Isto se traduz em serviços que são prestados por pessoal suficiente, que é não só competente mas também responsável por seus utentes. Segundo estimativas, as mulheres constituem 42% da força de trabalho formal e paga no mundo, mas chegam a 75% da força total de trabalho de saúde, tornando-as indispensáveis como contribuintes do sistema de saúde (OMS, Departamento de Recursos Humanos para a Saúde, 2008). Ao mesmo tempo, o acesso desigual à educação e formação em países de baixa renda tem como resultado um número desproporcional de mulheres participantes da força de trabalho de saúde com níveis salariais mais baixos. Os estereótipos e práticas de género mantêm as profissionais de atendimento de saúde em certas ocupações e as impedem de participar em outras. Algumas dessas ocupações não contam com muito apoio e são geralmente remuneradas em níveis mais baixos, mantendo as mulheres fora do sector de

emprego formal. Finalmente, mas não de menor importância, uma vez que entram na força de trabalho, as mulheres geralmente se deparam com um "tecto de vidro", em que os papéis sociais e expectativas prejudicam sua capacidade de avançar para posições de liderança. Na outra ponta do espectro, onde os cargos exigem maiores salários, benefícios e perspectivas de apoio às famílias e estilos de vida confortáveis, encontramos quase sempre só homens (Standing 2000; OMS 2009).

As expectativas culturais sobre as responsabilidades das mulheres, que incluem a procriação e a criação dos filhos, acabam por fazer com que as mulheres entrem e saiam seguidamente de seus empregos. A premissa de que a mulher irá engravidar, ou de que é ela a cuidadora básica das crianças em uma família, afecta directamente as perspectivas de sua carreira, um estereótipo que poucos homens experimentam nessas mesas culturas. Portanto, não causa surpresa que menos mulheres do que homens avançam para posições de nível superior ou de gestão, mesmo quando os deveres familiares são compartilhados ou é possível obter auxílio para o trabalho doméstico—circunstâncias que não são típicas. As seguintes medidas podem ser tomadas para promover a igualdade na força de trabalho de saúde (OMS 2010a, 39–40):

**Crie um ambiente onde haja imparcialidade de género para os trabalhadores de saúde.** Se se espera dos trabalhadores de saúde que tenham interacções respeitosas, justas e potencializadoras com os utentes, é preciso também fornecer-lhes um ambiente de trabalho que promova esses mesmos valores e os apoie.

**Prepare os trabalhadores de saúde nas competências de género.** Muito esforço tem sido feito para preparar os profissionais de saúde, no próprio trabalho, em questões relacionadas à equidade de género, muitas vezes a nível local. No entanto, foram poucas as avaliações feitas até agora sobre o impacto que esses esforços tiveram na mudança de atitudes e práticas.

**Reconheça a contribuição e reduza o fardo que representa o trabalho de saúde não remunerado e invisível.** O trabalho de saúde não remunerado é o atendimento informal prestado por um membro da mesma família ou da comunidade, ou então por um amigo/a, sem compensação financeira, a uma pessoa que se encontra enferma ou incapacitada. Também inclui o trabalho voluntário realizado por membros da comunidade para fins de promoção da de saúde ou prevenção de doenças. O trabalho não remunerado inclui cuidados pessoais, tais como dar banho, alimentar ou fazer companhia; cuidados médicos, tais como colocar pensos, administrar medicamentos ou monitorar a temperatura; e serviços domésticos, tais como cozinhar, limpar ou fazer compras para os enfermos. A maioria dos trabalhos de saúde não remunerados é feito por mulheres e é invisível, porque é visto como uma extensão das responsabilidades domésticas das mulheres em suas casas ou como parte do seu papel como mães e cuidadoras.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## SISTEMAS DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Um sistema de informações de saúde que funciona bem é aquele que garante a produção, análise, disseminação e uso de informações confiáveis e oportunas sobre os elementos determinadores da saúde, o desempenho do sistema de saúde, e a situação geral da saúde; as considerações de género devem ser incorporadas nesses sistemas. Além de não serem consideradas nos dados, as mulheres não são bem representadas no campo da informática.

> *A perspectiva de género deve ser adoptada em todos os processos de formulação e implementação de políticas e na prestação dos serviços, especialmente em saúde sexual e reprodutiva, inclusive o planeamento familiar. Isto inclui o desenvolvimento e disponibilidade de dados desagregados por sexo e indicadores apropriados para monitorar o progresso a nível nacional.*
>
> —Acções básicas para aprofundar a implementação do programa de acção do ICPD, parágrafo 46

Os sistemas de informações de saúde nem sempre contêm dados desagregados por género—requisito este básico para se fazer uma análise baseada em género e subsequentes intervenções relacionadas a directrizes e defesa dos direitos dos que necessitam de cuidados de saúde. Em certas áreas, existem indicadores de saúde padronizados e sensíveis à questão de género, tais como a violência ligada ao género, mas não existem em outras áreas (Bloom e Arnoff 2012). Quando estiverem disponíveis dados desagregados por género, a análise deveria correlacionar quaisquer diferenças de género com o modelo lógico sobrejacente do programa, ou teoria de mudança, para demonstrar os possíveis efeitos dos factores relacionados a género no desempenho dos programas de saúde e nos resultados de saúde. Se mais mulheres que homens participam dos eventos de formação, isto afecta a prestação dos serviços ou os resultados de saúde? Como? Muitas vezes, este nível de análise não é realizado.

O Quadro 6 (na próxima página) apresenta algumas das objecções frequentemente apresentadas para desencorajar o recolhimento de dados estatísticos relacionados à questão de género. Também inclui argumentos claros a se contrapor a essas objecções.

## QUADRO 6. Argumentos usados frequentemente contra a produção de dados estatísticos que levam em consideração as diferenças de género

*"Já temos estatísticas de género—todos os nossos dados são desagregados por sexo."*

A produção de dados estatísticos sensíveis ao género não se limitam à produção de conjuntos de dados desagregados por sexo—apesar dos dados desagregados constituírem um componente importante das estatísticas sensíveis a género. Para ter total sensibilidade realmente à questão de género, o sistema de recolha de dados também necessita produzir estatísticas que se relacionem com todas as principais questões de género presentes na comunidade ou região, e cobrir problemas (tais como mortalidade materna ou distúrbios de próstata) que podem afectar a um só sexo.

*"As mulheres e homens deste país já gozam de igualdade."*

Mulheres e homens nunca serão exactamente os mesmos. As diferenças biológicas persistem, como também algumas diferenças sociais. São necessárias estatísticas de género para ilustrar como as mulheres e os homens são diferentes e como semelhantes. É somente com base nessas informações que os programas e organizações podem estabelecer directrizes sensatas e ter certeza de que as directrizes relativas à igualdade de género estão a ter sucesso.

*"É normal ter diferenças no mercado de trabalho entre mulheres e homens porque as mulheres preferem ficar em casa."*

Os dados sensíveis a género não representam um julgamento de valor de como a sociedade deveria se apresentar. A tarefa é a de produzir ou ter acesso a dados que reflictam correctamente a situação prevalente na população servida por seu programa de saúde ou serviços de saúde. Caberá então aos responsáveis pelas políticas públicas e os cidadãos decidirem, de modo geral, se as diferenças observadas entre homens e mulheres são "normais" ou desejáveis.

*"O custo será muito alto, se tivermos que separar os dados por sexo."*

De modo geral, há um aumento mínimo de custo para se produzir estatísticas de género com os instrumentos existentes. Em alguns casos, bastará incluir uma pergunta extra no questionário ou uma coluna para especificar o sexo. Em outros casos, poderá ser necessário acrescentar várias outras perguntas. No momento da análise, o custo principal seria o do tempo necessário para fazer tabulações adicionais mas, em muitos casos, a diferenciação por sexo poderá ser simplesmente acrescentada às tabulações existentes. Geralmente, incorre-se num custo significativo somente quando uma investigação totalmente nova (por exemplo, um levantamento) é conduzida especificamente para avaliar a equidade de género.

*"A desagregação de dados por sexo afectará adversamente a qualidade dos dados."*

Ao contrário, a integração de dados desagregados por sexo tornará possível examinar os dados a partir de uma perspectiva de género, o que apenas enriquece a informação que a investigação torna disponível e aumenta seu valor explicativo. Muitas vezes, a desagregação por sexo também oferece a base para uma verificação mais completa da exactidão da colecta e registo dos dados, já que ela permite verificações lógicas adicionais.

*Fonte: Desenvolvimento de* Estatísticas de Género: Uma Ferramenta Prática, *pela Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa e o Instituto do Banco Mundial, 2010. Reimpresso sob a permissão das Nações Unidas.*

Os dados de saúde específicos de género podem ser usados para gerar estudos e documentar práticas promissoras e, assim, informar as directrizes de saúde voltadas para melhorar a saúde das mulheres e suas famílias. Quando essas informações – tais como os dados desagregados por sexo recolhidos pelos Ministérios de Saúde – são repassadas às partes interessadas que precisam de apoio em suas actividades de defesa de direitos e estabelecimento de políticas, isto lhes proporciona uma "linguagem clara que destaca causas e consequências baseadas em género e suas implicações em termos de políticas" (ONU, Escritório do Consultor Especial sobre Questões de Género, 2002, 23). Adicionalmente, as estatísticas de género podem ser usadas para identificar desigualdades resultantes das leis ou políticas existentes ou para o desenvolvimento de políticas não relacionadas explicitamente ao género, mas que podem ter um impacto diferente sobre homens e mulheres.

Também, a inclusão de indicadores sensíveis a género nos planos de monitoria de programas ajudarão a equipa de implementação a acompanhar até que ponto o programa afecta as disparidades de género, particularmente em programas sensíveis à questão do género. Como observado num dossiê da OMS (Payne 2009), "Os índices de igualdade e equidade de género também são valiosos: eles são compilados a partir de dados obtidos numa série de fontes, entre elas os censos, levantamentos por amostragem, e estatísticas recolhidas a nível nacional, com o fim de 'dar uma forma' aos dados desagregados por género."

> A página Web do projecto "MEASURE Evaluation PRH" tem uma lista de indicadores de amostragem sensíveis a género para a prestação de serviços.

## ACESSO A MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

Um sistema de saúde em bom funcionamento garante um acesso equitativo aos produtos médicos essenciais, vacinas e tecnologias que sejam de qualidade garantida, que tenham segurança, eficácia e alto custo-benefício, e cujo uso é cientificamente sólido e de custo eficaz. Quando se trata do acesso a medicamentos, faz grande diferença ser homem ou mulher. Uma implementação bem sucedida de políticas e estratégias que promova o acesso a medicamentos económicos e confiáveis exige que levemos em conta as considerações de género. Estudos realizados em países em desenvolvimento revelam que as barreiras ligadas a género que impedem o acesso (tanto a serviços de saúde como a medicamentos) são maiores para as mulheres do que para os homens, já que, de modo geral, as mulheres não têm controlo sobre a renda familiar e talvez não possam comprar medicamentos sem a permissão de seus maridos. As restrições geográficas, tais como longas distâncias e custos de transportes para chegar aos serviços de saúde (onde os medicamentos são dispensados), também colocam as mulheres em desvantagem (Baghdadi 2005).

A expansão do acesso a medicamentos económicos e de alta qualidade para a saúde materna é essencial para se progredir na redução da mortalidade materna. No entanto, há desafios significativos que geralmente impedem esse acesso. O principal deles é a falta de dados sobre as necessidades, sistemas e financiamento dos medicamentos de saúde materna. A qualidade irregular dos medicamentos e a falta de formação dos profissionais quanto à sua aplicação correcta também criam barreiras consideráveis para um cuidado materno apropriado (ONU, Fundo de População, 2012). Muitas mulheres da área rural de países de baixa renda são frequentemente analfabetas e, portanto, incapazes de ler as informações nas bulas que podem ser encontradas nas embalagens dos medicamentos. No entanto, as mulheres constituem a primeira linha de cuidados de suas famílias; já foi demonstrado que as campanhas voltadas para as mulheres, sobre o uso seguro de medicamentos, beneficia números mais elevados de familiares ou membros da família estendida do que as campanhas cujo público alvo é constituído de homens.

## FINANCIAMENTO

Um bom sistema de financiamento da saúde capta fundos adequados para a saúde de formas que garantem que as pessoas possam usar os serviços necessários, e estejam protegidas de catástrofes financeiras ou do empobrecimento, por ter que pagar por esses serviços. Para as mulheres que vivem na pobreza, as taxas de utilização têm ligação directa e óbvia com a capacidade de pagar do próprio bolso pelo atendimento de saúde. Quando as mulheres lutam com dificuldade para sustentar suas famílias, elas não têm muitas economias para as situações de contingência, inclusive as relacionadas à saúde. Nesses casos, elas poderão se sentir forçadas a renunciar a busca de um atendimento de saúde para, em vez disso, comprar alimentos ou combustível; ou então poderão buscar um atendimento tradicional de saúde que não atende adequadamente às suas verdadeiras necessidades de saúde (Nanda 2002). Sem acesso aos recursos familiares, e devido ao tradicional poder de tomada de decisões que se concentra no homem como chefe de família, os desembolsos para fins de saúde – por ex., o pagamento de taxas de utilização dos serviços – coloca o atendimento mais básico de saúde fora do alcance das mulheres mais pobres. Mesmo quando estão isentas de pagamento, isto não é garantia de atendimento gratuito, já que os suprimentos ou medicamentos podem não estar incluídos (Vlassoff 2007).

As taxas de utilização criam desigualdades não só porque podem desencorajar os pobres de buscar acesso aos serviços, mas também porque, no caso de doenças catastróficas, essas taxas podem consumir os parcos recursos que uma família tem, colocando em segundo plano as necessidades "menores" ou preventivas de saúde de mulheres e crianças.

## LIDERANÇA E GOVERNAÇÃO

Liderança e governação implicam em garantir que existam estruturas estratégicas de políticas e que elas sejam combinadas com a supervisão estratégica eficaz, o fortalecimento das coalizões, a regulamentação, a atenção à concepção do sistema, e a prestação de contas em termos financeiros e programáticos *(accountability)* (ver o Capítulo 3). A inexistência de directrizes que garantam a equidade de género nas contratações, e a falta de conselhos de supervisão estratégica que incluam mulheres são desafios particulares de liderança e governação dos sistemas de saúde. Já faz muito tempo que as mulheres são mal representadas nos níveis mais elevados dos governos e parlamentos, bem como nos órgãos de governação das organizações de saúde tanto públicas como privadas, sejam elas regionais, nacionais ou municipais. As mulheres—que são as grandes beneficiárias e consumidoras dos sistemas de saúde—não dispõem de mecanismos adequados dentro dos sistemas de liderança para que suas vozes sejam ouvidas.

A boa governação tem a ver com tornar as instituições responsáveis, transparentes e inclusivas. A inclusão e a transparência criam oportunidades iguais para o pessoal qualificado assumir posições de liderança. Isto parece simples, mas em realidade não é! Trata-se de um caminho minado para as mulheres pioneiras que têm que se equilibrar sobre uma ténue linha divisória, entre serem aceitas (e, portanto, se conformarem às normas e expectativas criadas pela maioria dominante) e, AO MESMO TEMPO, utilizar suas próprias habilidades e pontos de vista que as podem colocar em conflito com seus colegas do sexo masculino. Elas enfrentam um dilema: as mulheres mais jovens as respeitam e esperam apoio e talvez até privilégios, enquanto que seus colegas do sexo masculino ou adversários (de ambos os sexos) estão sempre prontos a apontar todo e qualquer engano, exagerando-os de forma desproporcional. Mas o esforço vale a pena: a boa governação vai de par com a boa liderança e as mulheres em posições de liderança já demonstraram que são inclusivas e colaboradoras (Wilber 2011).

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## Conclusão

A intenção deste capítulo é ajudar líderes e gestores de programas ou serviços de saúde a entenderem por que a inclusão da perspectiva de género é importante, como colocá-la em prática, e como suas habilidades de liderança, gestão e governação podem apoiar esses líderes a enfrentar os desafios que geralmente acompanham o processo de inclusão da perspectiva de género.

Nos anos 90, a igualdade de género passou a ser foco de atenção internacional, com destaque para encontros tais como a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD 1994), a Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Social em Copenhague em 1995, e a Quarta Conferência Mundial de Mulheres em Pequim, em 1995. A proposta da ICPD era a de considerar o acesso universal aos serviços de planeamento familiar e saúde sexual e reprodutiva e os direitos de reprodução; promover a igualdade de género, o empoderamento das mulheres e a igualdade de acesso das jovens à educação; tratar do impacto individual, social e económico da urbanização e migração; e apoiar o desenvolvimento sustentável e lidar com os problemas ambientais associados às mudanças populacionais. A Plataforma de Acção de Pequim incluiu recomendações dirigidas ao empoderamento das mulheres para promover e proteger sua própria saúde e apontou a necessidade da inclusão da perspectiva de género em todas as políticas e programas. Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, definidos em 2000 na Cimeira do Milénio das Nações Unidas, também tratam especificamente e directamente das questões relativas às mulheres e à saúde, através dos objectivos de redução da mortalidade materna e do empoderamento das mulheres (objectivos 3 e 5).

> O Departamento de Género e Saúde Feminina da OMS preparou uma publicação que descreve as considerações de género para o trabalho ligado a cada um dos ODMs relacionados à saúde.

Os documentos extraídos de todos esses encontros reafirmam os direitos de igualdade das mulheres e direitos à protecção social e participação. Apesar desses pronunciamentos, ainda restam muitos desafios. A Associação pelos Direitos das Mulheres ao Desenvolvimento destacou as lições aprendidas na inclusão da perspectiva de género e os desafios a esse processo, que incluem alguns dos desafios destacados abaixo.

> **O próprio conceito continua pouco claro e mal entendido.** A inclusão da perspectiva de género ainda é difícil porque o "género" ainda não é entendido como uma construção social de papéis e relações, mas principalmente como uma atenção ao aspecto biológico das mulheres. Além disso, essa "inclusão" é vista, na melhor das hipóteses, como a necessidade de incluir os "interesses das mulheres" para "aperfeiçoar" parâmetros já estabelecidos.
>
> **A inclusão da perspectiva foi reduzida a uma técnica.** Como a inclusão da perspectiva de género raramente conta com os fundos, o pessoal e o compromisso necessários, ela é muitas vezes reduzida a uma questão de técnicas e "jogos de ferramentas". E, com maior frequência ainda, a técnica é criticada por quaisquer falhas que ocorram na inclusão do género, quando o problema real é a falta de compromisso e de recursos, e uma aceitação real do valor igual que mulheres e homens têm.

**Inclusão da perspectiva como pretexto para economizar recursos em geral.** Geralmente, os órgãos alegam que a perspectiva de género já está suficientemente incluída nos seus programas e usam isto para justificar a falta de pessoal, recursos e planos de programa designados para tratar especificamente das questões de género e de mulheres. Por isto, em alguns casos, o trabalho de género hoje em dia poderá estar menos equipado em termos de pessoal e recursos do que estava em 1995. O que precisamos hoje é de identificar uma medida ou critérios mínimos para aquilo que poderia ser rotulado como "inclusivo da questão de género".

**A inclusão da perspectiva não tem sido transformadora.** Em sua forma aplicada hoje em dia, a inclusão da perspectiva de género basicamente aceita o *status quo* e a situação de "tudo como sempre foi"—e depois acrescenta o género. São necessários métodos muito mais abrangentes para transformar a agenda e colocar o género na linha de frente e, assim, reorganizar e redefinir a estrutura e o foco do trabalho actual. Os esforços correntes parecem ser insuficientes.

Uma publicação da Associação pelos Direitos das Mulheres ao Desenvolvimento oferece uma consideração mais aprofundada sobre cada um desses desafios.

## Práticas comprovadas

Como em qualquer mudança, o primeiro passo é se conscientizar do seu próprio comportamento e de como este se relaciona com a questão de género. Somente então poderemos tratar das questões de género em círculos de influência cada vez mais abrangentes: nossas famílias, nossas comunidades, nossos locais de trabalho e nosso governo.

Lembre-se que:

- Género é um conceito social e, portanto, a igualdade de género não é um fenómeno estático. Busque observar como os papéis de homens e mulheres mudam no contexto de programas de saúde, mesmo que apenas lentamente.
- As intervenções concebidas para incluir a perspectiva de género são melhores quando se baseiam em normas e comportamentos positivos que beneficiam tanto homens como mulheres.
- A transformação não acontece da noite para o dia, tendo em vista as crenças tão arraigadas relacionadas a mulheres e homens. As mudanças para promover a igualdade de género da saúde são incrementais e dependem dos esforços de outras pessoas em outros sectores, não só da saúde.
- A inclusão da perspectiva de género necessita de defensores de causas que estejam dispostos e sejam capazes de dar as justificativas para promover a igualdade de género, e que possam defender os imperativos económicos, morais e de saúde da igualdade de género.
- A observação, colecta de dados e análise, e a programação baseada em evidências, são partes integrais do trabalho de inclusão da perspectiva de género.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

As seguintes são práticas comprovadas – e podem ser adaptadas – de inclusão da igualdade de género no sector de saúde:

- Questionar delicadamente os estereótipos de género e sugerir normas e práticas mais equitativas para apoiar e promover, ao invés de prejudicar, a saúde de homens e mulheres.
- Prestar atenção aos riscos particulares para a saúde que representa ser uma mulher ou um homem, em função dos papéis sociais e biológicos em uma sociedade particular. Destaque esses riscos e mobilize tanto homens como mulheres para reduzi-los.
- Ampliar a base de evidências para informar directrizes e programas através de uma pesquisa dirigida que mostre a relação entre desigualdade de género e resultados negativos de saúde.
- Apoiar as estruturas, incentivos e mecanismos de prestação de contas que empoderam as mulheres para ter acesso às informações e recursos de atendimento de saúde.
- Tratar da desigualdade de género no sistemas de saúde, ao aumentar a percepção de como mulheres e homens, rapazes e moças são afectados, tanto como consumidores como também prestadores de serviços de saúde.

## Glossário de termos de género

**análise de género:** Recolha e interpretação de dados desagregados por sexo e outras informações relativas aos indicadores sensíveis a género, com o fim de determinar qualquer impacto diferencial de uma acção sobre homens e mulheres, e os efeitos dos papéis e responsabilidades de género. Também envolve análises qualitativas que ajudam a esclarecer por que esses papéis, responsabilidades e impactos diferenciais surgiram. A análise de género é frequentemente um primeiro passo no desenho e desenvolvimento de um programa consciente de género.

**dados desagregados por sexo:** Dados que são recolhidos e apresentados separadamente sobre mulheres e homens.

**disparidades de género:** Desigualdades ou diferenças que resultam das formas em que homens e mulheres, rapazes e moças, são tratados com base nos papéis, oportunidades, relações, etc. que são considerados apropriados para cada um. Exemplos são diferenças na situação de saúde ou educação que emanam do tratamento diferencial baseado em género.

**equidade de género:** Ser justo com mulheres, homens, meninas e meninos. Para garantir equidade, estratégias e medidas devem estar disponíveis para compensar pelas desvantagens históricas e sociais baseadas em género que impedem mulheres e homens de operar de outra forma, em pé de igualdade. A equidade de género conduz à igualdade de género. Há, no entanto, alguma controvérsia na legislação internacional de direitos humanos com relação aos termos e uma preferência pelo uso exclusivo da "igualdade de género".

**género:** Refere-se a uma série de qualidades, comportamentos e oportunidades socialmente concebidos e associados com a condição de ser homem ou mulher, bem como com as relações entre homens e mulheres. À diferença do sexo biológico, as características de género são aprendidas na cultura ou sociedade em que se insere uma pessoa. Uma ampla gama de atributos está associada ao género: vestuário, papéis ocupados na família, situação económica, definições de sucesso, e assim sucessivamente. Os papéis de género não são fixos; podem variar amplamente tanto dentro como através das culturas, além de poderem mudar ao longo do tempo.

**igualdade de género:** Meta objectiva de gozo igualitário por mulheres e homens, rapazes e moças, do acesso a serviços, informações e oportunidades, bem como a bens socialmente valorizados, recursos e recompensas. Ela permite às pessoas o exercício pleno e igualitário de seus direitos humanos e a chance de atingir seu potencial pleno. A igualdade de género não significa que homens e mulheres se tornem os mesmos, mas somente que o acesso às oportunidades e mudanças de vida não sejam nem dependentes nem constritos simplesmente por seu sexo.

**inclusão da perspectiva de género:** Processo de integração das implicações para mulheres e homens e rapazes e moças, em todos os estágios e em todos os níveis, de qualquer acção planeada para fins de atingir a igualdade de género. Com a inclusão da perspectiva de género, as preocupações e experiência tanto de mulheres como de homens são essenciais ao desenvolvimento, implementação, monitoria e avaliação das políticas, programas e projectos em todas as esferas políticas, económicas e sociais. A inclusão de género é uma estratégia para identificar e tratar das disparidades e desigualdades de género, para que não sejam perpetuadas.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

**indicadores sensíveis a género:** Medem o progresso em direcção à igualdade de género. Incluem uma ampla gama de factores que determinam se mulheres e homens são tratados diferentemente com base só no género, e podem revelar a vantagem ou desvantagem relativa associada ao género.

**perspectiva de género:** Uma forma de considerar como uma questão particular se relaciona aos muitos aspectos do género e a aplicação disto ao desenho, planeamento, implementação e avaliação das políticas e programas. É o conceito de que as implicações de género devem ser mantidas em mente ao avaliar problemas e acções propostas.

**sexo:** Características biológicas que diferenciam homens e mulheres. As diferenças de sexo estão relacionadas à fisiologia de homens e mulheres e geralmente permanecem constantes em todas as culturas ao longo do tempo.

## Referências e recursos

African Development Bank Group. G*ender Mainstreaming Checklist for the Health Sector.* 2009, http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Policy-Documents/Gender-health-chklist-sunita-12-01-09%20(2).pdf (acessado Fev. 28, 2014).

Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional. Sistema Directivo Automatizado (ADS), Capítulo 205, "Integrating Gender Equality and Female Empowerment in USAID's Program Cycle." 2013, http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1870/205.pdf. Outro recurso da USAID, também relacionado ao ADS, é "Guide to Gender Integration and Analysis: Additional Help for ADS Chapters 201 and 203." 2010, http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1865/201sab.pdf (ambos acessados Maio 24, 2014).

————. *Counter-Trafficking in Persons Policy.* Washington, DC: Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional, 2012. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACT111.pdf (acessado Maio 24, 2014).

————. *Ending Child Marriage & Meeting the Needs of Married Children—The USAID Vision for Action.* Washington, DC: Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional, 2012. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACU300.pdf ou link com "fact sheet" http://www.usaid.gov/documents/2155/fact-sheet-child-marriage-vision (ambos acessados Maio 24, 2014).

————. *Gender Equality and Female Empowerment Policy.* Washington, DC: Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional, 2012, http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pdact200.pdf (acessado Fev. 27, 2014).

————. *US Strategy to Prevent & Respond to Gender-Based Violence Globally.* Washington, DC: Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional, 2012. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACT888.pdf ou link com "fact sheet" http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/2155/GBV_Factsheet.pdf (ambos acessados Maio 24, 2014)

————. *USAID Youth in Development Policy: Realizing the Demographic Opportunity*. Washington, DC: Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional, 2012. http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1870/Youth_in_Development_Policy_0.pdf (Maio 24, 2014).

Association for Women's Rights in Development. "Gender Mainstreaming: Can It Work for Women's Rights?" *Spotlight 3* (2004), http://www.awid.org/Library/Gender-Mainstreaming-Can-it-work-for-Women-s-Rights (acessado Fev. 28, 2014).

Baghdadi, Guitelle. "Gender and Medicines: An International Public Health Perspective." *Journal of Women's Health* 14(1) (2005):82–86, http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2005.14.82 (acessado Fev. 28, 2014).

Banco Mundial. *World Development Report 2012: Gender Equality and Development.* Washington DC: World Bank, 2012, http://go.worldbank.org/6R2KGVEXP0 (acessado Fev. 11, 2014).

Bloom, Shelah, and Elly Arnoff. *Gender and Health Data and Statistics: An Annotated Resource Guide.* Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, 2012, http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-12-52 (acessado Fev. 28, 2014).

Buvinić, Mayra, André Medici, Elisa Fernández, and Ana Cristina Torres. "Gender Differentials in Health." Chapter 10 of *Disease Control Priorities in Developing Countries.* 2nd ed. Washington (DC): Banco Mundial e Oxford University Press, 2006, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11729/ (acessado Março 1, 2014).

Capacity Project. "Handout 1.4.1 Continuum of Gender Strategies." Chapel Hill, NC: IntraHealth International, undated, http://www.intrahealth.org/files/media/integrating-gender-in-human-resources-for-health-hrh-projects/Handout_141_Continuum_Gender_Strategies.pdf. Este é um recurso para o programa de treinamento em dois módulos denominado *Integrating Gender in Human Resources for Health (HRH) Projects,* que pode ser encontrado em http://www.intrahealth.org/page/integrating-gender-in-human-resources-for-health-hrh-projects (ambos acessados Março 1, 2014).

Caro, Deborah. Adaptado de: *A Manual for Integrating Gender Into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action (2nd Edition).* Interagency Gender Working Group, 2009, http://www.igwg.org/igwg_media/manualintegrgendr09_eng.pdf (acessado Março 1, 2014)

Cerise, Somali, e Francesca Francavilla. *Tackling the root causes of gender inequalities in the post-2015 development agenda*. Paris: OECD Development Centre, 2012, http://www.wikigender.org/images//d/d1/Tackling_the_root_causes_of_gender_inequalities_OECD_DEV.pdf (acessado Fev. 27, 2014).

Doggett, Elizabeth, e Tanya Medrano. *Integrating Gender in Care and Support of Vulnerable Children: A Guide for Program Designers and Implementers.* Research Triangle Park, NC: FHI 360, 2012, http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Integrating%20Gender%20in%20Care%20and%20Support%20of%20Vulnerable%20Children.pdf (acessado Fev. 27, 2014).

Education, Livelihoods, WASH, Health, Trainings and Governance. *Challenges to Gender mainstreaming.* p. 6, http://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/bridgegendermainstreaming.pdf. (acessado Dez. 4, 2013).

Family Care International. "Advancing Commitments: Sexual and Reproductive Health. Life Cycle Approach." 2001, http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/pdfs/ppts/lifecycle.ppt (acessado Março 1, 2014). Trata-se de uma apresentação em PowerPoint.

Fatalla, Mahmoud. "Issues in Reproductive Health: Health and being a woman." UN News Center. United Nations. Web, http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/issues.htm (acessado Agosto 26, 2014).

Fundo Populacional das Nações Unidas. "Data for Development: Mining the Gaps." Página Web sem data, http://www.unfpa.org/public/datafordevelopment/gaps (acessado Jan. 28, 2015).

————. *Engaging Men and Boys: A Brief Summary of UNPFA Experience and Lessons Learned.* New York: Fundo Populacional das Nações Unidas, 2013, http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA%20Engaging%20men%20and%20boys_web-2.pdf (acessado Março 1, 2014).

————. *Medicines for Maternal Health. Key Data and Findings.* Fundo Populacional das Nações Unidas, 2012, http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Key%20Data%20and%20Findings%20Maternal%20Health%20Medicines-FINAL.pdf (acessado Jan. 29, 2015).

George, Asha. *Human Resources for Health: A Gender Analysis.* Women and Gender Equity Knowledge Network (WEGKN), 2007, http://www.who.int/social_determinants/resources/human_resources_for_health_wgkn_2007.pdf (acessado Março 2, 2014). Este é um estudo de contexto preparado para a WGEKN e a Rede de Conhecimento de Sistemas de Saúde da Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde.

Greene, Margaret E. *A Practical Guide for Managing and Conducting Gender Assessments in the Health Sector.* International Gender Working Group, 2013, http://www.igwg.org/igwg_media/IGWG-GenderAssessmentGuide-2013.pdf (acessado Fev. 8, 2014).

Greene, Margaret E., e Andrew Levack. *Synchronizing Gender Strategies: A Cooperative Model for Improving Reproductive Health and Transforming Gender Relations.* For the Interagency Gender Working Group, Washington DC: Population Reference Bureau, 2010, http://www.engenderhealth.org/files/pubs/gender/synchronizing_gender_strategies.pdf (acessado Março 2, 2014).

Green, Sarah. "Best (and Worst) Countries to Be a Woman." *Harvard Business Review Blog Network*, 2013, http://blogs.hbr.org/2013/10/the-best-and-worst-countries-to-be-a-woman/ (acessado Fev. 27, 2014).

HPV Information Centre. *Uganda: Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2013.* Barcelona: Institut Català d'Oncologia, 2014, http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/UGA_FS.pdf (acessado Fev. 27, 2014).

Interagency Gender Working Group. "Case Studies: Gender integration continuum." nem data, http://www.igwg.org/igwg_media/GenderSafeMothrhd/gendr-continuum-case-studies.pdf (acessado Março 8, 2014).

————. "Handout: IGWG Gender Integration Continuum Categories." Interagency Gender Working Group, 2012, http://www.igwg.org/igwg_media/gender101trainingmodule/Handout_GenderContinuumCategories.pdf (acessado Março 1, 2014).

————. *How to Integrate Gender into HIV/AIDS Programs: Using Lessons Learned from USAID and Partner Organizations.* Com a Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional e o Grupo de Trabalho de Género e HIV/AIDS, 2004, http://www.prb.org/pdf04/HowToIntegrGendrHIV.pdf (acessado Março 1, 2014).

Jamison, Dean, Joel G. Breman, Anthony Measham, et al., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries.* 2nd ed. Washington (DC): World Bank and Oxford University Press, 2006.

Leadership, Management & Governance Project. *An Open Mind and a Hard Back: Conversations with African Women Leaders.* Compilado por Belkis Giorgis, Elly Mugumya e Sarah Lindsay, 2013, http://www.lmgforhealth.org/sites/default/files/files/Conversations%20Women%20Leaders%20_LMG.pdf (acessado Março 8, 2014).

MEASURE Evaluation PRH. "Gender sensitivity in the service delivery environment." PRH Family Planning and Reproductive Health Indicators Database, sem data, http://www.cpc.unc.edu/measure/prh/rh_indicators/crosscutting/service-delivery-ii.h.4/gender-sensitivity-in-the-service-delivery (acessado Fev. 28, 2014).

Mercy Corps. *BRIDGE & Gender Mainstreaming: A Guide for Program Staff. Education, Livelihoods, WASH, Health, Trainings and Governance.* Mercy Corps Sudan/BRIDGE, 2010, http://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/bridgegendermainstreaming.pdf (acessado Dez. 4, 2013).

Nações Unidas. *Report of the Economic and Social Council for 1997*. Nações Unidas, 1997, http://www.un.org/documents/ga/docs/52/plenary/a52-3.htm (acessado Março 1, 2014).

Nações Unidas. Divisão para o Avanço das Mulheres. *Gender Mainstreaming. Extract from the Report of the Economic and Social Council for 1997.* Nações Unidas, 1997, http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/GMS.PDF (acessado Nov. 14, 2013).

Nações Unidas. Comissão Econômica para a Europa, e Instituto do Banco Mundial. *Developing Gender Statistics: A Practical Tool.* Geneva: Nações Unidas, 2010, http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/Developing_Gender_Statistics.pdf (acessado Dez. 22, 2013).

Nações Unidas. Gabinete do Consultor Especial sobre Questões de Género. "Gender Mainstreaming: Strategy for Promoting Gender Equality." Nações UnidasNations, rev. 2001a, http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/factsheet1.pdf (acessado Nov. 29, 2013).

————. Gabinete do Consultor Especial sobre Questões de Género. "Important Concepts Underlying Gender Mainstreaming." Nações Unidas, 2001b, http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/factsheet2.pdf (acessado Nov. 29, 2013).

————. *Gender Mainstreaming. An Overview.* New York: Nações Unidas, 2002, http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/e65237.pdf (acessado Fev. 28, 2014).

Nanda, Priya. "Gender Dimensions of User Fees: Implications for Women's Utilization of Health Care." *Reproductive Health Matters* 10(20) (2002):127–134, http://www.sarpn.org/documents/d0000174/P165_Nanda.pdf (acessado Dez. 4, 2013).

Newman, Constance. *Conceptual and Practical Foundations of Gender and Human Resources for Health*. Chapel Hill, NC: The Capacity Project, http://www.capacityproject.org/images/stories/files/foundations_gender_hrh.pdf (accessed March 1, 2014).

Newman, Constance, Crystal Ng, e Sara Pacqué-Margolis. *Technical Brief 7: Strengthening the Health Worker Pipeline through Gender-Transformative Strategies.* CapacityPlus, 2002, http://www.capacityplus.org/files/resources/strengthening-health-worker-pipeline-gender-transformative-strategies.pdf (acessado Março 1, 2014).

Organização Mundial da Saúde. *Gender, Women and Health.* Página Web sem data, http://www.who.int/gender/en/ (acessado Março 1, 2014). Esta é a página Web da OMS sobre o tópico, com links a muitos recursos úteis.

———. "What Do We Mean by 'Sex' and 'Gender'?" Página Web sem data, http://www.who.int/gender/whatisgender/en/ (acessado Março 1, 2014).

———. *Women and Health. Today's Evidence Tomorrow's Agenda.* Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2009, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf (acessado Dez. 22, 2013).

———. *Gender, Women and Primary Health Care Renewal: A Discussion Paper.* 2010a, http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564038_eng.pdf (acessado Fev. 27, 2014).

———. *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies.* Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010b, http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf (acessado Março 1, 2014).

———. *Gender Mainstreaming for Health Managers: A Practical Approach. Facilitators' Guide.* Genebra: Organização Mundial da Saúden, 2011 http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501071_eng.pdf (acessado Dez. 4, 2013).

———. "Sample Gender Analysis Matrix: HIV." Anexo 3 de *Gender Mainstreaming for Health Managers: A Practical Approach.* Guia dos Facilitadores. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2011, 78–83, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44516/1/9789241501071_eng.pdf (acessado Março 1, 2015).

Organização Mundial da Saúde. Departamento de Políticas, Desenvolvimento e Serviços de Saúde. *Working Paper 10. Towards Better Leadership and Management in Health: Report on an International Consultation on Strengthening Leadership and Management in Low-Income Countries.* Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2007, http://www.who.int/management/working_paper_10_en_opt.pdf. (acessado Dez. 4, 2013).

Organização Mundial da Saúde. Departamento de Género e Saúde Feminina. *Gender Analysis in Health: A Review of Selected Tools.* Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002, http://www.who.int/gender/documents/en/Gender.analysis.pdf (acessado Dez. 4, 2013).

———. *'En-gendering' the Millennium Development Goals (MDGs) on Health.* Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2003, http://www.who.int/gender/mainstreaming/en/MDG.pdf?ua=1 (acessado Fev. 27, 2014).

Organização Mundial da Saúde. Department of Gender, Women and Health. *Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector: Tool to improve responsiveness to women's needs.* Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2009, http://www.who.int/gender/documents/gender_hiv_guidelines_en.pdf (acessado Dez. 14, 2013).

Organização Mundial da Saúde. Departamento de Género e Saúde Feminina. "Gender and health workforce statistics." *Spotlight on Statistics,* Issue 2 (2008), http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_2.pdf (acessado Dez. 4, 2013).

Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para África. *Gender, Women's Health and Ageing.* Página Web sem data, http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/frh/gender-womens-health-a-ageing/overview.html (acessado Fev. 28, 2014).

Overseas Development Institute. "Briefing Paper 42. Gender and the MDGs." 2008, http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3270.pdf (acessado Março 1, 2014).

Payne, Sarah. *Policy Brief 12. How can gender equity be addressed through health systems?* Copenhagen: Organização Mundial da Saúde, Regional Office for Europe, 2009, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/64941/E92846.pdf (acessado Fev. 28, 2014).

Sen, Gita, Piroska Östlin, e Asha George. *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it.* Relatório final à Comissão da OMS sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2007, http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf (acessado Fev. 28, 2014).

Standing, Hilary. (2000) "Gender—A Missing Dimension in Human Resource Policy and Planning for Health Reforms." *Human Resources for Health Development Journal* 4(1)(2000):30, http://www.moph.go.th/ops/hrdj/hrdj9/pdf9/Gender41.pdf (acessado Dez. 4, 2013).

Vlassoff, Carol. "Gender Differences in Determinants and Consequences of Health and Illness." *Journal of Health Population and Nutrition* 25(1) (2007):47–61, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3013263/ (acessado Dez. 4, 2013).

Wilber, Roxane. "Lessons from Rwanda: How Women Transform Governance." *Solutions for A Sustainable and Desirable Future* 2(2) (2011), http://www.thesolutionsjournal.com/node/887 (acessado Fev. 28, 2014).

Yates, Rob. "Universal health care and the removal of user fees," *The Lancet* 373(9680) (2009): 2078–2081, http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673609602580 (acessado Março 1, 2014).

————. "Women and children first: an appropriate first step towards universal coverage." *Bulletin of the World Health Organization* 88 (2010):474–475. Doi: 10.2471/BLT.09.074401 http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/09-074401/en/ (acessado Março 1, 2014).

CAPÍTULO 5

# Planear o Trabalho e Executar o Plano

*Judith B. Seltzer*

1. Obter Resultados Através do Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
2. Liderança e Gestão: Competências Críticas para o Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
3. Governação de Sistemas de Saúde e Organizações de Saúde
4. Inclusão da Perspectiva de Género nos Sistemas de Saúde
5. Planear o Trabalho e Executar o Plano
6. Gestão de Recursos Humanos
7. Gestão das Finanças e dos Sistemas Relacionados
8. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde
9. Gestão das Informações: Monitoria e Avaliação
10. Gestão da Prestação de Serviços de Saúde

Este capítulo tenta simplificar o planeamento ao introduzir e definir uma gama de processos essenciais de planeamento a curto e longo prazo que os gestores de programas de saúde ou serviços de saúde deveriam implementar. Focalizamos o processo básico de planeamento organizacional: o desenvolvimento de um plano estratégico e a sua conversão a um plano operacional.

O capítulo prepara o terreno através de uma discussão sobre pensamento estratégico e depois cobre cada fase do processo de planeamento estratégico: análise dos ambientes interno e externo da organização, articulação ou refinamento da missão, criação de uma visão, estabelecimento de objectivos estratégicos, formulação de estratégias, e a monitoria e avaliação de resultados.

Essas fases são desagregadas em seus passos fundamentais, com definições, instruções e ferramentas para ajudar você e os membros de sua equipa de planeamento a entenderem e aplicar cada passo. Em seguida, o capítulo trata do vínculo crítico entre o planeamento estratégico e operacional e inclui informações suplementares sobre a preparação de um orçamento.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

# Introdução

Os desafios enfrentados pelas actuais organizações de saúde são complexos e numerosos—desigualdade de género, processos de reforma, mudança das necessidades de saúde da população, falta de recursos suficientes, novas fontes de captação de fundos, e novas prioridades de doadores, entre outros. Para tratar desses desafios e moldar o futuro de sua organização, você e sua equipa têm que ir mais além de contemplar as realidades interna e externa, e de gerir e liderar diariamente.

Essas pressões mais recentes exigem que as organizações, tanto do sector público como não governamental, enfrentem o desafio de controlar seu próprio futuro. Como gestor de um programa de saúde ou de serviços de saúde, será preciso ajudar sua organização a desenvolver ou reexaminar sua missão e visão e renovar seu compromisso com essa missão e visão. Uma vez que a missão e visão tenham sido compartilhadas com todos, será possível:

- estabelecer objectivos estratégicos que ajudem a realizar a missão;
- formular estratégias que permitam à sua organização tirar proveito das oportunidades;
- usar as actuais forças da organização para ajustar-se continuamente às situações que sempre mudam no ambiente geral e a nível da comunidade.

Essas acções ajudarão sua organização a cumprir sua missão e transformar sua visão em realidade.

Projectar o futuro significa tomar as decisões certas *hoje,* mas com a visão do amanhã. Para conseguir isso, é importante ter um processo ordenado de reflexão—essa é a essência do que se conhece como planeamento. O planeamento é uma ferramenta que intensifica a qualidade das decisões.

Um plano funciona como um modelo: ele define os passos e as decisões que são necessários para chegar a um resultado esperado ou alcançar uma meta mais abrangente. Apesar de a meta poder ser, por exemplo, um aumento da taxa de prevalência de contraceptivos, ou uma redução da mortalidade infantil, se os recursos não puderem ser alinhados com essa meta, poderá ser necessário encontrar recursos adicionais ou ajustar a meta para torná-la mais alcançável. Em suma, os bons planos têm que ser flexíveis.

Os gestores eficazes usam os planos como directrizes, ao invés de prescrições rígidas e imutáveis. Eles ajustam seus planos de acordo com a mudança das circunstâncias e os resultados da monitoria.

## PLANEAMENTO COM FINALIDADE

Planeamos porque o suprimento de recursos materiais, financeiros e humanos é limitado. Um plano cuidadosamente elaborado é a melhor forma de garantir que esses recursos limitados sejam distribuídos, utilizados propriamente e contabilizados durante o período de tempo previsto.

Há dois contextos de planeamento. No primeiro, a quantidade de recursos disponíveis poderá ser conhecida de maneira razoavelmente exacta, e o plano orienta o progresso máximo possível para atingir a meta, ao usar esses recursos disponíveis. Outras vezes, a disponibilidade de recursos poderá não estar tão clara, e o plano pode ser criado para justificar um pedido de recursos para alcançar uma meta declarada. Quer o plano seja

elaborado antes ou depois da distribuição dos recursos, sua intenção é garantir o melhor retorno sobre o investimento, ou seja, o melhor alcance possível dos resultados tendo em vista os recursos disponíveis.

O mais importante é planear, porque o planeamento é a pedra angular da gestão e liderança das equipas para alcançar os resultados.

## Ligação do planeamento com a liderança e gestão para obter resultados

Como uma boa gestão e liderança pode contribuir para elaborar bons planos? Como mostra a Figura 1, o planeamento é uma das quatro práticas essenciais de gestão. Ele usa a missão e visão da organização como bases para estabelecer sua direcção futura e para canalizar seus esforços colectivos na direcção correcta. O planeamento é um componente fundamental da gestão.

Os gestores que lideram com eficácia sabem que só o planeamento não é suficiente para alcançar os resultados desejados: eles usam todas as práticas de liderança e gestão apresentadas na estrutura. A aplicação contínua dessas oito práticas gera capacidade organizacional e serviços de saúde que são mais fortes e, finalmente, à introdução de melhorias mais duradouras na saúde das pessoas.

Os planos podem e devem ser preparados por grupos e por indivíduos de diferentes níveis—central, provincial, distrital, da unidade, e da comunidade. Os planos também cobrem períodos de tempo variáveis: a cada três a cinco anos, um ano, um trimestre, ou um mês. O tipo e o momento mais apropriado do plano dependem das necessidades da organização.

O processo de planeamento estratégico e operacional pode ser visto como uma sequência contínua de perguntas (o quê? como?), conforme ilustrado na Figura 2. As perguntas "o quê?" representam os passos da sequência contínua de planeamento estratégico e operacional; as perguntas "como? descrevem as acções necessárias para completar cada passo.

### POR QUE ALGUNS PLANOS NÃO TÊM SUCESSO?

Planeamos cada dia como indivíduos, administrando nosso tempo e recursos para atingir nossa metas. Ainda assim, quando planeamos no trabalho, como parte de uma organização e uma equipa de trabalho, vemos o planeamento, às vezes, como um ritual sem sentido e um peso para a gestão—um processo que consome tempo e recursos valiosos, mas que não nos faz progredir para realizar completamente a missão e visão.

De acordo com Lers Thisayakorn (2008), um consultor residente na Tailândia, não é a prática ou o processo de planeamento que fracassa, mas sim a implementação dos planos. Identificamos cinco factores que podem levar ao fracasso, sendo que alguns deles podem estar ligados à ausência de práticas sólidas de gestão e liderança.

**Líderes que não conseguem motivar o pessoal.** Os planos não se implementam por conta própria; precisam ser implementados por líderes de todos os níveis da organização. Para implementar um plano é preciso alinhar, motivar e inspirar as pessoas, e mostrar para elas que os resultados são importantes e dignos dos esforços que elas fizerem nesse sentido.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

FIGURA 1. Quadro da Liderança e Gestão

## Liderança

### EXPLORAR

- identificar as necessidades e prioridades de utentes e partes interessadas
- reconhecer tendências, oportunidades e riscos que afectam a organização
- buscar as melhores práticas
- identificar as capacidades e restrições do pessoal
- conhecer a si próprio, ao seu pessoal e à sua organização – valores, forças e fraquezas

RESULTADO ORGANIZACIONAL

Os gestores têm conhecimento válido e actualizado de seus utentes e da organização e seu contexto; sabem como seu comportamento afecta os outros.

### FOCALIZAR

- articular a missão e a estratégia da organização
- identificar os desafios críticos
- ligar os objectivos com a estratégia organizacional geral
- determinar as prioridades-chave para a acção
- criar uma visão comum dos resultados esperados

RESULTADO ORGANIZACIONAL

O trabalho da organização é norteado por uma missão, estratégia e prioridades claras e bem definidas.

### ALINHAR/MOBILIZAR

- assegurar a congruência dos valores, missão, estratégia, estrutura, sistemas e acções diárias
- facilitar o trabalho da equipa
- unir as principais partes interessadas em torno de uma visão inspiradora
- ligar as metas com os prémios e reconhecimento
- alistar as partes interessadas a comprometer recursos

RESULTADO ORGANIZACIONAL

As partes interessadas internas e externas entendem e apoiam as metias da organização e mobilizaram recursos para atingir essas metas

### INSPIRAR

- fazer corresponder as acções com as palavras
- demonstrar honestidade nas interacções
- demonstrar confiança na equipa, reconhecer as contribuições dos outros
- trazer desafios, retroinformação e suporte ao pessoal
- ser um modelo de criatividade, inovação e aprendizagem

RESULTADO ORGANIZACIONAL

O clima da organização é de aprendizagem contínua e o pessoal demonstra seu compromisso, mesmo quando ocorrem retrocessos.

## Gestão

### PLANEAR

- estabelecer metas organizacionais e objectivos de desempenho de curto prazo
- elaborar planos anuais e multianuais
- alocar recursos adequados (dinheiro, pessoal e materiais)
- prever e reduzir riscos

RESULTADO ORGANIZACIONAL

A organização definiu os resultados, designou recursos e desenvolveu um plano operacional.

### ORGANIZAR

- desenvolver uma estrutura que oferece e promove a prestação de contas e define a autoridade
- assegurar que os sistemas de gestão de recursos humanos, finanças, logística, garantia de qualidade, operações, informações e marketing apoiam efectivamente o plano
- fortalecer os processos de trabalho para implementar o plano
- alinhar a capacidade do pessoal com as actividades planeadas

RESULTADO ORGANIZACIONAL

A organização tem estruturas, sistemas e processos funcionais para operações eficientes; o pessoal está organizado e ciente das responsabilidades e expectativas da sua função.

### IMPLEMENTAR

- integrar os sistemas e coordenar o fluxo de trabalho
- equilibrar as exigências concorrentes
- usar dados rotineiramente para a tomada de decisões
- coordenar as actividades com outros programas e sectores
- ajustar os planos e recursos conforme mudem as circunstâncias

RESULTADO ORGANIZACIONAL

As actividades são realizadas de forma eficiente, eficaz e responsável.

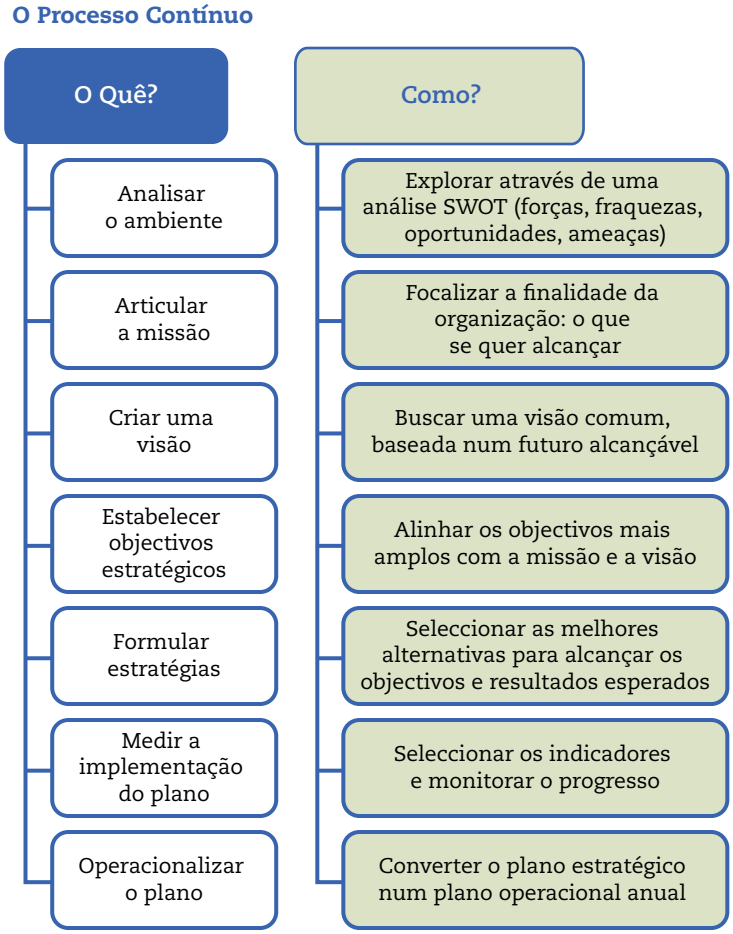
### MONITORAR E AVALIAR

- monitorar e reflectir sobre o progresso comparado aos planos
- fornecer retroinformação
- identificar mudanças necessárias
- melhorar os processos, procedimentos e ferramentas de trabalho

RESULTADO ORGANIZACIONAL

A organização actualiza continuamente as informações sobre a situação das realizações e resultados e aplica uma aprendizagem e conhecimento contínuos.

FIGURA 2. Processo Contínuo de Planeamento Estratégico e Operacional




**Processo de planeamento estático.** Não é incomum que o planeamento se torne um processo de rotina, que começa com grande energia e entusiasmo, mas acaba por se transformar numa carga ou peso, do que resulta um documento que é visto como um fim em si mesmo. Isto acontece quando o planeamento é apenas uma ocasião, não relacionada às responsabilidades quotidianas e capaz de forçar todas as outras actividades a ficarem de lado. Uma vez terminado o plano, as actividades normais são retomadas e o plano se torna um documento estático, que nunca será implementado.

**Análise trivial e míope.** Shu Wei Wong, estrategista e planeador proeminente, afirma que o planeamento é trivial ou sem visão quando os gestores ficam muito focalizados em planear por meio de números e simplesmente preencher modelos ou formulários da forma mais correcta (2007). Os gestores e suas equipas de planeamento precisam se preparar para planear pela **exploração** dos ambientes internos e externos actuais e o uso dessa informação para projectar como esses ambientes poderão se apresentar no futuro. Em outras palavras, precisam ancorar o processo de planeamento em dados confiáveis. De outra forma, mesmo que o plano seja implementado, o mais provável é que não seja eficaz.

**Líderes e gestores não alinhados.** Os grandes planos são os que são implementados com sucesso e que dão uma contribuição importante ao cumprimento da missão e visão de uma organização. Isto exige que líderes e gestores estejam **alinhados** com o processo

de planeamento. Se não estiverem, o plano é geralmente relegado ao segundo plano e a implementação é raramente exitosa.

**Falta de conexão entre insumos e resultados esperados.** Como recomenda Stephen Covey (2004), é importante "começar com o fim em mente". Ao entender que resultados você quer produzir e que futuro quer criar, poderá traçar os passos e acções necessárias para chegar ao destino. No entanto, não é incomum encontrar planos onde os insumos (recursos utilizados, tais como pessoal e equipamento) são inadequados ou pouco apropriados ao alcance dos resultados esperados.

## Tipos de planeamento

Planeamento é o processo de mapear uma rota do ponto A até o ponto B. Há vários tipos de planeamento que podem ajudá-lo/a a mapear o melhor caminho para atingir sua meta: planeamento estratégico, planeamento operacional e planeamento empresarial. Estes tipos são os mais frequentemente utilizados e não são mutuamente exclusivos. Em suma, o plano estratégico estabelece a direcção geral e as metas mais abrangentes da organização para três a cinco anos. O plano operacional detalha as actividades que permitirão à organização atingir suas metas de curto prazo. O plano empresarial articula novas ideias ou esforços de expansão (que são geralmente introduzidos no plano estratégico) e é usado para captar fundos para o desenvolvimento e lançamento dessas ideias e esforços.

### PLANEAMENTO ESTRATÉGICO

O planeamento estratégico é aquele de médio a longo prazo que envolve todas as áreas de gestão da organização e inclui metas, objectivos estratégicos, estratégias e resultados mensuráveis. Ele focaliza as questões mais abrangentes e duradouras relacionadas à eficácia da organização a longo prazo e à sua sobrevivência. Ele faz e responde quatro perguntas:

1. Onde estamos agora? (análise situacional: forças, fraquezas, oportunidades, ameaças)
2. Para onde queremos ir? (missão, visão, objectivos estratégicos)
3. Como chegaremos lá? (estratégias)
4. Como saberemos que estamos a chegar lá? (medida da implementaçãoe monitoria do progresso)

O conselho de administração e a directoria de uma organização são geralmente responsáveis pelo planeamento estratégico. Mas o processo de planeamento deve incluir os insumos de todos os níveis da organização e de suas partes interessadas, por exemplo, os principais doadores, ministérios relevantes e outros órgãos do governo, bem como os beneficiários dos serviços da organização.

### PLANEAMENTO OPERACIONAL

O plano operacional tem um alcance mais curto—normalmente, um ano. Ele deve estar alinhado com o plano estratégico e definir as actividades e objectivos que contribuirão no futuro próximo aos objectivos estratégicos e estratégias do plano estratégico. O plano operacional é mais detalhado do que o plano estratégico; é frequentemente referido como o plano de trabalho anual.

### PLANEAMENTO EMPRESARIAL

O planeamento empresarial tem prazo curto a médio. É usado para captar fundos e fazer projecções do retorno financeiro e social estimado com o início de operações de uma organização, a formação de uma nova unidade de negócios, ou o desenvolvimento e introdução de um novo produto ou serviço oferecido por uma entidade estabelecida. Um bom plano empresarial permite a uma organização avaliar a viabilidade de todos os seus produtos e serviços, bem como os recursos requeridos para lançar novos produtos e serviços.

### PLANEAMENTO PARA TODAS AS OCASIÕES

Este capítulo enfatiza a ligação entre os planos estratégico e operacional. Como os planos estratégicos definem metas, objectivos e estratégias relativamente ambiciosos que são fundamentais à vida e ao crescimento de uma organização; eles são geralmente usados para justificar a alocação de recursos. Os planos estratégicos devem ser revistos a cada ano e os planos operacionais alinhados de forma correspondente.

## O pensamento estratégico como base do planeamento

Como o planeamento tem a ver com transformar em realidade o futuro desejado ou a visão de sua organização, as decisões que você tomar como gestor ou prestador de serviços terão um impacto sobre o futuro de sua organização e as comunidades que ela serve. Tomar tais decisões significa que você e sua equipa de planeamento devem pensar estrategicamente sobre a interacção entre o que ocorre fora da organização e seus efeitos sobre o funcionamento interno da organização. Juntos, devem explorar para detectar tendências e desafios futuros, e melhor posicionar sua organização para responder eficientemente e de forma sustentável a um ambiente em mudança.

O pensamento estratégico promove a geração de ideias avançadas, conceitos criativos que são muito diferentes dos que foram propostos anteriormente. Ele rompe formas antiquadas e convencionais de fazer as coisas e possibilita a você servir seus utentes de formas dramaticamente novas.

Ao empreender qualquer tipo de plano, o pensamento estratégico engendra uma nova perspectiva sobre as questões que sua organização está a tentar resolver.

O pensamento estratégico o obriga a fazer as seguintes perguntas antes de iniciar o planeamento:

- Quais são as necessidades da população que sua organização busca servir?
- Sua organização atende actualmente a essas necessidades?
- De que forma sua organização poderia atender às necessidades ainda não satisfeitas?

Fazer e responder a essas perguntas poderá gerar informações críticas sobre as deficiências dos serviços de sua organização; oportunidades perdidas de mercado; formas em que a organização poderia estender seu alcance com um mínimo de custos adicionais; e formas em que a organização pode melhorar internamente para ser mais eficiente e eficaz.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

# Embarque no processo de planeamento estratégico

## FORMAÇÃO DE UMA EQUIPA DE PLANEAMENTO EQUILIBRADA

Em suas aulas, Edward B. Roberts, da Sloan School of Management do Massachusetts Institute of Technology, descreve uma equipa inovadora e de alto desempenho como aquela cujos membros possuem características específicas, adoptam papéis estratégicos, e executam funções bem definidas. A equipa tem geralmente uma variedade de características, e os membros individuais têm papéis diferentes em momentos diferentes. Como líder da equipa de planeamento, você deve estar ciente de que todas essas funções são necessárias para a sua equipa ser eficaz. É importante que tente formar uma equipa cujos membros, como um grupo, possuam todas essas características, e estimule-os a representar seus papéis, contribuindo de sua própria maneira ao trabalho da equipa.

Observe que, apesar da equipa básica de planeamento provavelmente permanecer constante, a equipa expandirá, conforme necessário, para incluir membros do conselho e outro pessoal essencial. A Tabela 1 descreve os papéis, características e funções dos membros de uma equipa equilibrada.

Mesmo que tenha tido a oportunidade de trabalhar numa equipa inovadora e equilibrada, sabe que uma equipa exige muito encorajamento para funcionar bem. Trabalhar em equipa nem sempre é fácil. O Quadro 1 mostra abordagens para lidar com as questões interpessoais que as equipas de planeamento encontram frequentemente.

### QUADRO 1. Como tratar das tensões dentro da equipa

Poderão surgir tensões dentro de uma equipa devido às demandas concorrentes do planeamento para o futuro, enquanto se implementa o de hoje. Às vezes, algumas pessoas se empenham mais que outras e poderão até se encarregar de todo o trabalho. Essas questões devem ser discutidas abertamente entre os membros da equipa de planeamento para evitar mais tensões ou apreensões. A pessoa que faz o papel de gestora precisa prestar atenção à dinâmica da equipa—comunicação, compromisso e engajamento—e agir quando a equipa não estiver a se desempenhar como esperado.

É particularmente importante que as novas equipas estejam cientes da dinâmica do grupo, já que há uma tendência, durante os primeiros estágios da formação de uma equipa, de prestar mais atenção à necessidade de ser inclusivo e conseguir maior harmonia em grupo, do que reconhecer e apreciar a diversidade de pensamento e experiência representada na equipa.

A equipa de planeamento não deve buscar homogeneidade técnica. Ao invés disso, a equipa deve adoptar as características distintas dos seus membros e usá-las para estimular novas ideias, o que é essencial para elaborar um plano eficaz e significativo de qualquer tipo.

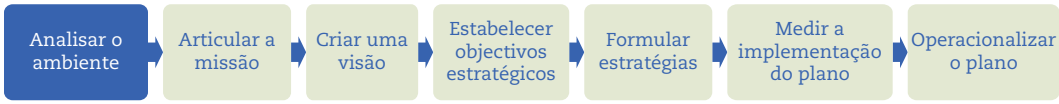
## TABELA 1. Uma Equipa Equilibrada: Papéis, Características e Funções

| Papéis | Características | Funções |
|---|---|---|
| **O Gerador de Ideias** | Essa pessoa tem habilidades técnicas muito fortes e é considerada uma especialista no seu campo. Ela gosta de trabalhar em nível conceptual e lida muito bem com conceitos abstractos. Essa pessoa é considerada altamente inovadora e tende a preferir trabalhar só. | Pode contar com essa pessoa para resolver os problemas, gerar ideias inovadoras e testar a viabilidade dessas ideias. |
| **O Empresário** | Essa pessoa tem sólidas habilidades de aplicação das ideias. Ela tem uma ampla gama de interesses, tem muita energia, é decidida e gosta de correr riscos. | Essa pessoa coloca em acção o que os outros propõem, vende as novas ideias a outros na organização, e consegue captar recursos. |
| **O Gestor** | Essa pessoa focaliza a tomada de decisões. Ela usa a estrutura e os sistemas da organização para fazer as coisas. Ela percebe como todas as funções da organização se encaixam, e respeita os procedimentos e os processos. É uma gestora nata, capaz de liderar os outros. | Essa pessoa contribui à equipa com liderança e motivação. Ela organiza, coordena e supervisiona a equipa. Ela procura garantir que o processo de planeamento continue da forma mais eficiente e que os requisitos administrativos e necessidades organizacionais sejam cumpridos e atendidos. |
| **O Conectado** | Essa pessoa se mantém informada sobre o que acontece dentro e fora da organização. Ela sabe o que a concorrência faz, o que as agências doadoras buscam, e o que os utentes querem. | Pode-se contar com essa pessoa para recolher informações estratégicas e repassar notícias importantes aos outros. |
| **O Campeão** | Essa pessoa representa a voz da experiência. Ela trabalha geralmente num escalão superior da organização e oferece objectividade e experiência no desenvolvimento de novas ideias. | Essa pessoa dá acesso à base de poder da organização, para poder obter o que a equipa necessita de outras partes da organização, além de oferecer legitimidade e confiança organizacional no plano, ideias e actividades aí contidas. Além do mais, essa pessoa dá orientação à equipa e ajuda os membros a desenvolver suas habilidades e talentos. |

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

# Análise dos ambientes externo e interno

**Onde estamos agora?**




O primeiro estágio do processo estratégico de planeamento pergunta: onde estamos agora? A análise SWOT permite que você e sua equipa de planeamento respondam a esta pergunta ao **explorar** cuidadosamente as tendências e condições—internas e externas, positivas e negativas—que podem impactar a capacidade de sua organização de cumprir sua missão e montar um futuro promissor. A análise SWOT é uma ferramenta que lhe ajuda a identificar **oportunidades e ameaças** *(OT - Opportunities and Threats)* no ambiente externo que são as mais relevantes ao seu trabalho, e as **forças e fraquezas** *(SW - Strengths and Weaknesses)* dentro da organização: os sistemas, estruturas e factores culturais que podem aprimorar ou obstruir a eficácia organizacional.

Pode resumir o que encontrou nas duas colunas da matriz SWOT, como demonstrado na Tabela 2. A coluna da esquerda descreve as forças que afectam negativamente a organização, como ameaças, e as que afectam positivamente, como oportunidades. Na coluna da direita, os factores favoráveis são descritos como forças organizacionais e os que afectam negativamente a organização são descritos como fraquezas. É importante usar dados actuais e concretos e decidir se uma situação é um factor positivo ou negativo.

Ver no Apêndice A os modelos de matriz SWOT e a matriz SWOT com classificações de impacto.

Depois de classificadas todas as tendências e condições do ambiente externo como oportunidades ou ameaças, e as de dentro da organização como forças ou fraquezas, pode-se classificar cada uma de acordo com o impacto na organização, como ilustrado na Tabela 3. Quanto mais elevado o número, maior o impacto.

TABELA 2. Exemplo de uma matriz SWOT concluída

| | Ambiente Externo | | Ambiente Interno |
|---|---|---|---|
| **Oportunidades** | A USAID tem focalizado o reposicionamento do planeamento familiar; portanto, os recursos do Fundo Global para os projectos de TB, SIDA e malária e prevenção de VIH estão ligados fortemente com o planeamento familiar e a saúde reprodutiva. | **Forças** | A cobertura de nossos utentes com métodos contraceptivos modernos aumentou em 17%, comparado ao ano anterior. |
| **Ameaças** | As reduções nos fundos providos por agências doadoras estão a superar os esforços para garantir a segurança do suprimento de contraceptivos. | **Fraquezas** | São necessárias 4 semanas, em média, para repor o stock de métodos contraceptivos modernos na maioria dos pontos de prestação de serviços; o fornecimento não está a acompanhar a demanda actual ou projectada. |

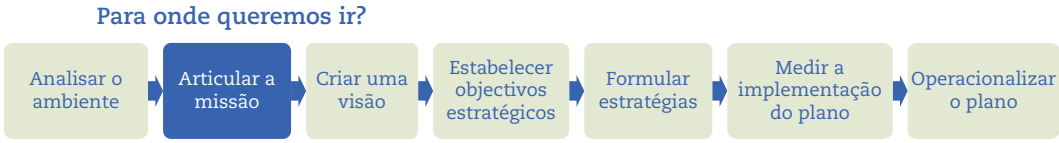
TABELA 3. Matriz SWOT com classificações de impacto

| | Ambiente Externo | Impacto | | Ambiente Interno | Impacto |
|---|---|---|---|---|---|
| Oportunidades | A USAID tem focalizado o reposicionamento do planeamento familiar; portanto, os recursos do Fundo Global para os projectos de TB, SIDA e malária e prevenção de VIH estão ligados fortemente com o planeamento familiar e a saúde reprodutiva. | **4** | Forças | A cobertura de nossos utentes com métodos contraceptivos modernos aumentou em 17%, comparado ao ano anterior. | **3** |
| Ameaças | As reduções nos fundos providos por agências doadoras estão a superar os esforços para garantir a segurança do suprimento de contraceptivos. | **3** | Fraquezas | São necessárias 4 semanas, em média, para repor o stock de métodos contraceptivos modernos na maioria dos pontos de prestação de serviços; o fornecimento não está a acompanhar a demanda actual ou projectada. | **2** |

Além de representar a situação actual de sua organização, a análise SWOT ajuda você a se preparar para os próximos passos do planeamento, ao articular a missão e gerar a visão do futuro.

Os resultados da análise SWOT permitem que você e sua organização avaliem onde estão, tendo em vista onde pretendiam estar. Eles ajudarão a enquadrar ou revisar a missão de sua organização e a criar uma visão do futuro.

## Articulação da missão




A missão começa com a resposta à segunda pergunta de planeamento estratégico: para onde queremos ir? A missão da organização é seu propósito, sua razão de ser. A declaração de missão descreve clara e concisamente por que a organização existe. A missão dá orientação, coerência e significado às decisões e actividades da organização em todos os níveis.

A maioria das organizações já tem uma declaração de missão, mas essas declarações são frequentemente negligenciadas ou acabam passando desapercebidas pelo pessoal. A declaração de missão é demasiado importante para ser ignorada ou ultrapassada. Se não houver uma declaração de missão, será preciso gerar uma. Se houver, ela deve ser reexaminada periodicamente pelo pessoal actual. Por esta razão, você e sua equipa se beneficiarão por dedicar os estágios iniciais do processo de planeamento para examinar e, se necessário, revisar a declaração de missão de sua organização.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## POR QUE UMA ORGANIZAÇÃO PRECISA DE UMA MISSÃO?

Considere a seguinte história:

> Um homem, que passava próximo a dois trabalhadores que cortavam blocos de pedra num calor escaldante, perguntou-lhes o que faziam. Irritado pela interrupção, o primeiro homem disse: "Como pode ver", exclamou, "estou cortando". Mas o segundo, mais animado com a pergunta, explicou: "Estou a talhar os blocos para a fundação de uma imponente catedral!"

Ambos os trabalhadores faziam exactamente a mesma coisa e sob as mesmas condições. Qual é a razão de darem respostas assim tão diferentes? O segundo trabalhador percebia qual era a razão do seu trabalho, o propósito final da obra e, por isto, valorizava sua contribuição à construção daquele belo sonho. Já o primeiro homem estava completamente inconsciente da sua contribuição.

A missão é o que permite aos membros de uma organização perceberem claramente *por que* é que fazem o seu trabalho. Só quando os trabalhadores de saúde percebem a missão ou objectivo final da organização, podem entender inteiramente o significado e o valor de seus esforços.

## CONSTRUÇÃO DA DECLARAÇÃO DE MISSÃO PASSO A PASSO

Para construir ou revisar a declaração de missão, o conselho de administração e os gestores e suas equipas devem explorar cuidadosamente os ambientes interno e externo antes de responder a quatro perguntas básicas: (1) O que fazemos? (2) A quem servimos? (3) Como o fazemos? e (4) Por que o fazemos? Discutimos abaixo cada uma destas perguntas e damos destaque ao segmento de um exemplo de declaração de missão que responde à pergunta.

**1. O que fazemos?** Para começar a articular ou refinar a missão, é essencial descrever o objectivo da organização: o que ela faz ou, se for nova, o que fará. Para responder a esta pergunta, a equipa de planeamento deve identificar e definir claramente as necessidades das populações que serão servidas e especificar de que necessidades a organização pretende tratar.

> Nossa missão é a de contribuir para reduzir o número de gravidezes indesejadas *[o que fazemos]* fornecendo acesso ininterrupto a métodos contraceptivos modernos e de alta qualidade, para que homens e mulheres em idade reprodutiva possam controlar o número e espaçamento das gravidezes.

**2. A quem servimos?** O segundo passo é o de definir a população alvo. É importante reconhecer que nenhuma organização é grande o suficiente para atender às necessidades diversas de todos os possíveis utentes. Por esta razão, a declaração de missão deve especificar que grupos dentro da população alvo constituem as prioridades para a organização.

> Nossa missão é a de contribuir para reduzir o número de gravidezes indesejadas, fornecendo acesso ininterrupto a métodos contraceptivos modernos e de alta qualidade, para que homens e mulheres em idade reprodutiva *[a quem servimos]* possam controlar o número e espaçamento das gravidezes.

**3. Como fazemos?** A resposta a esta pergunta descreve os meios, recursos ou estratégias pelas quais a organização pretende atingir suas metas.

> Nossa missão é a de contribuir para reduzir o número de gravidezes indesejadas, fornecendo acesso ininterrupto a métodos contraceptivos modernos e de alta qualidade *[como o fazemos]*, para que homens e mulheres em idade reprodutiva possam controlar o número e espaçamento das gravidezes.

**4. Por que o fazemos?** A última pergunta explora as razões básicas por trás da decisão da organização de fazer o que ela faz. A resposta geralmente descreve como reagir a um problema social de larga escala.

> Nossa missão é a de contribuir para reduzir o número de gravidezes indesejadas, fornecendo acesso ininterrupto a métodos contraceptivos modernos e de alta qualidade, para que homens e mulheres em idade reprodutiva possam controlar o número e espaçamento das gravidezes *[porque o fazemos]*.

Uma missão bem formulada orientará o trabalho de sua organização a longo prazo e inspirará seu pessoal. Recomendamos que você e sua equipa dediquem algum tempo para aprimorar a redacção e ouçam as opiniões das pessoas que conhecem bem a organização. Com a contribuição dessas pessoas, a missão realmente representará sua organização em termos do *quê, quem, como* e *por quê.* A partir daí, poderá finalizar e disseminar a declaração de missão ao pessoal e membros do conselho, àqueles servidos pela organização, e ao público em geral.

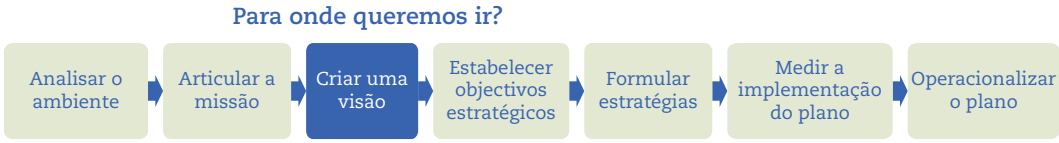
O Quadro 2 fornece dois exemplos convincentes de declarações de missão, uma preparada por uma organização local de planeamento familiar, e outra de uma organização internacional na área de SIDA.

**QUADRO 2. Exemplos de declarações de missão**

**PROFAMILIA, Nicaragua:** Profamilia é uma organização não governamental que contribui para melhorar a saúde da família nicaraguense, ao enfatizar a saúde sexual e reprodutiva através de projectos, programas, pesquisa educacional e serviços integrados de atendimento de saúde com qualidade e afecto, a preços acessíveis.

**Aliança Internacional de SIDA:** A Aliança procura dar apoio às comunidades para reduzir a disseminação do VIH e para enfrentar os desafios da SIDA. A Aliança trabalha para prevenir a infecção pelo VIH; melhorar o acesso ao tratamento, cuidados e suporte aos utentes de VIH; e diminuir o impacto do VIH e SIDA no mundo inteiro, particularmente entre os mais vulneráveis e marginalizados.

# Criação da visão




Quando a equipa de planeamento tem clareza sobre as actuais forças, fraquezas, oportunidades e ameaças e sobre o propósito fundamental de sua organização, você deve continuar a perguntar: para onde vamos? Estará agora pronto para enfrentar o desafio de construir o futuro desejado. Chegou o momento de sonhar, de decidir o que sua organização quer ser no futuro, e como ela quer ser vista pelo mundo externo.

A visão é como uma estrela-guia. Ela promove um compromisso comum com o futuro que deseja criar e com os princípios e valores com os quais espera alcançá-lo. É um quadro poderoso de um estado desejado que fornece uma perspectiva mais ampla e inspiração para continuar a trabalhar, superar obstáculos e lutar para conseguir resultados. A visão orienta e focaliza os esforços da organização e ajuda a alinhar, inspirar, motivar e garantir o compromisso de cada grupo de trabalho e indivíduo dentro da organização.

## CRIAÇÃO DE UMA VISÃO COMUM

Algumas pessoas acham que a visão tem que vir dos escalões superiores da organização. Mas a experiência já demonstrou que a visão é mais poderosa quando um número maior de pessoas, de vários níveis organizacionais, a elabora em conjunto. As pessoas geralmente apoiam o que elas ajudaram a criar e, portanto, a visão será mais eficaz se for desenvolvida e apropriada por aqueles cujo trabalho contribui para alcançá-la.

A depender do nível em que sua equipa de planeamento opera dentro da organização, será preciso incluir representantes importantes de todos os grupos de trabalho no processo de desenvolvimento da visão compartilhada. O Quadro 3 dá quatro exemplos de como as pessoas que estudam o planeamento organizacional descrevem as visões.

### QUADRO 3. O que os especialistas dizem sobre a visão

- De acordo com Karl Albrecht (1994), a visão é a imagem compartilhada do que queremos que nossa organização seja ou se torne.
- Burt Nanus (1986) diz: "a visão é um futuro realista, crível e atraente para a sua organização.... uma ideia tão motivadora que promove as habilidades, talentos e recursos necessários para que ela aconteça e que aponta o caminho que devemos seguir."
- Para Jay Conger (2000), a visão é uma imagem mental que representa um estado futuro desejável, um ideal ou um sonho de vasta amplitude.
- Para Warren Blank (2001), é semelhante a uma lente grande-angular de percepção aprimorada, com uma amplitude mais ampla que permite às pessoas investigarem o futuro e abarcarem maiores possibilidades.

## CONSTRUÇÃO DA VISÃO PASSO A PASSO

O desenvolvimento da visão utiliza o pensamento estratégico que trouxe novas informações e percepções ao processo de planeamento. A visão se refere às necessidades da população alvo e ao compromisso assumido de atendê-las, conforme descrito na missão.

Uma visão eficaz para a sua organização será tangível e descritiva—uma imagem do futuro que as pessoas podem visualizar facilmente. Ela será convincente e inspiradora—um poderoso chamado à acção. Ela deve ser suficientemente provocadora para exigir o máximo de esforço de todas as pessoas da organização, mas também deve ser alcançável, para que as pessoas se esforcem nessa direcção.

Ao construir a visão, você e sua equipa de planeamento devem seguir 4 passos:

**Passo 1.** Mantenha em mente a perspectiva geral. Faça referência à missão de sua organização e à população que deve servir para que a visão se alinhe com a missão.

**Passo 2.** Responda às seguinte perguntas:

- Como será a nossa organização daqui a 3 ou 5 anos?
- Que aspectos da missão já teremos alcançado e em que áreas seremos excelentes?
- O que nos deixará mais orgulhosos? (ex., a situação de saúde de nossos beneficiários, a qualidade de nossos serviços, o compromisso e a criatividade do nosso pessoal, a estabilidade financeira de nossa organização).
- Que valores defendemos e como eles se reflectem em nossos serviços e na maneira que gerimos nossa organização?

Anote as respostas a cada uma destas perguntas e chegue a um consenso na sua equipa.

**Passo 3.** Examine sua organização do ponto de vista de sua população alvo, beneficiários, agências doadoras, parceiros, colaboradores, competidores, e da sociedade em geral. Para cada um desses grupos, pergunte:

- Como queremos que esses grupos vejam nossa organização daqui a 3 ou 5 anos?
- O que eles dirão sobre os nossos serviços?
- O que eles dirão sobre o nosso pessoal?
- O que eles dirão sobre a nossa reputação em suas comunidades?

Anote as respostas a estas perguntas e chegue a um consenso dentro de sua equipa.

**Passo 4.** Traduza estas ideias em algumas sentenças que descrevam o futuro desejado de uma forma concreta, como se vê no exemplo abaixo:

> Somos amplamente reconhecidos como o serviço líder que dá acesso fácil e ininterrupto a métodos contraceptivos modernos e de alta qualidade. Nossos serviços permitem que milhares de homens e mulheres em idade reprodutiva determinem o número e o espaçamento de suas gravidezes.

As visões são muitas vezes expressas no tempo presente, mas os exemplos do Quadro 4 mostram que esta não é uma regra rígida.

Depois de ter concluído os Passos 1–4 e esboçado a visão, convide um grupo maior de colegas, além dos membros da equipa de planeamento, para uma reunião de formulação da visão. Ao recolher as contribuições de um grupo composto de pessoas de diferentes áreas e

QUADRO 4. Exemplos de visões

**United Way International:** Ser líder global em filantropia inteligente e responsável e ter impacto sobre comunidades do mundo inteiro.

**CARE International:** CARE International busca um mundo de esperança, tolerância e justiça social, onde a pobreza tenha sido superada e as pessoas vivam com dignidade e segurança. CARE ficará conhecida por toda parte devido ao nosso compromisso inabalável com a dignidade das pessoas.

**Stop TB Partnership:** Nossa visão é a de um mundo sem tuberculose: as primeiras crianças nascidas neste milénio não se depararão mais com a TB em suas vidas.

níveis, aumentará a probabilidade de construir uma visão que motive a todos. Esse grupo maior se beneficiará ao estudar exemplos de organizações comparáveis.

Uma vez que fiquem claras a missão e a visão da organização—ou seja, que vocês saibam quem são, onde se encontram no momento, e onde querem chegar—poderão comemorar essa conquista e a compartilhar com todos os níveis da organização. O próximo passo do processo de planeamento é contemplar como vão fazer para chegar a esse destino. É aqui que os objectivos estratégicos da organização entram em jogo.

## Estabelecimento dos objectivos estratégicos

Para onde queremos ir?

Analisar o ambiente → Articular a missão → Criar uma visão → **Estabelecer objectivos estratégicos** → Formular estratégias → Medir a implementação do plano → Operacionalizar o plano

A resposta final de para onde vamos está nos objectivos—os resultados esperados—que ajudarão a transformar a missão e visão de sua organização em empreendimentos accionáveis e mensuráveis. Os objectivos definem o rumo das decisões de gestão e se tornam os critérios segundo os quais é possível medir as realizações.

Para servirem seu propósito, os objectivos têm que ser SMART:

**S** = eSpecífico
**M** = Mensurável
**A** = Adequado ao âmbito das actividades
**R** = Realista dentro do tempo designado
**T** = de Tempo limitado (com uma data específica de conclusão)

Assim como os tipos de planeamento diferem em termos de âmbito, período de tempo, e nível de especificidade, os objectivos podem estar dentro de uma faixa. Alguns são mais amplos e de longo prazo, resultados de estratégias organizacionais que envolvem os mais altos níveis de gestão. Outros são de mais curto prazo e representam a ligação entre o plano estratégico

e o correspondente plano operacional. Seu âmbito de acção envolve equipas de trabalho ou unidades operacionais. Os objectivos de prazo mais curto são os resultados esperados de uma actividade ou tarefa particular no âmbito de um grupo menor ou de uma só pessoa.

## OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

Os objectivos estratégicos são os resultados que a organização pretende alcançar a médio e longo prazo. Eles surgem da visão organizacional e são estabelecidos pela direcção da organização, em consulta com os chefes dos vários departamentos ou unidades. Devem ser aprovados pelo conselho de directores em caso de organizações da sociedade civil, ou pela equipa de gestão superior, no caso de uma instituição do sector público.

O objectivos estratégicos são importantes porque:

- permitem que a visão da organização se torne realidade;
- servem para orientar os planos da organização, dos departamentos/unidades e dos indivíduos;
- dão orientação sobre o uso dos recursos da organização;
- constituem a base para supervisionar, monitorar e avaliar os resultados.

## DESENVOLVIMENTO DE OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS PASSO A PASSO

Os objectivos estratégicos contêm os seguintes elementos:

- **Acção:** O que deve ser feito
- **Assunto:** O tópico ou grupo de que a acção trata
- **Descrição:** As características da acção
- **Onde:** O local onde a acção terá lugar
- **Quando:** A data até a qual a acção será concluída
- **Limites/condições:** O âmbito ou condições sob os quais a acção será implementada
- **Resultados:** O efeito mensurável da implementação da acção

Estes elementos estão organizados na matriz mostrada na Tabela 4.

TABELA 4. Matriz em branco para desenvolver os objectivos estratégicos

| Acção | Assunto | Descrição | Onde | Quando | Limites/ Condições | Resultados Esperados Mensuráveis |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

Há 3 passos a seguir ao desenvolver objectivos estratégicos, os quais exigem tempo e focalização. São particularmente importantes e úteis se o número e o âmbito das acções propostas forem superior aos fundos disponíveis e à capacidade organizacional.

**Passo 1.** Como os objectivos estratégicos permitem que a visão se torne realidade, a visão é o seu ponto de partida. Você e sua equipa de planeamento podem identificar e separar os tópicos principais cobertos na visão e transformá-los em objectivos estratégicos SMART.

Examine novamente nosso exemplo de visão:

> Nossa missão é a de contribuir para reduzir o número de gravidezes indesejadas, fornecendo acesso ininterrupto a métodos contraceptivos modernos e de alta qualidade. Nossos serviços permitem que milhares de homens e mulheres em idade reprodutiva possam determinar o número e o espaçamento de suas gravidezes.

Os tópicos básicos da visão são:

- **Tópico 1:** Posicionar nossas mentes na mente dos nossos utentes alvo, e de outros, como os "principais fornecedores" e a melhor opção para se aceder aos métodos contraceptivos modernos.
- **Tópico 2:** Tornar o acesso aos métodos contraceptivos modernos mais "fáceis".
- **Tópico 3:** Assegurar que o acesso aos métodos contraceptivos modernos é "ininterrupto".
- **Tópico 4:** Oferecer "métodos contraceptivos modernos e de alta qualidade".

**Passo 2.** Completar a matriz na Tabela 4 para esses 4 tópicos. Para cada tópico, preencha a informação em todas as colunas: a acção a empreender, seu assunto, descrição, local, implementação e datas, limites ou condições, além dos resultados esperados mensuráveis. Ver na Tabela 5 um exemplo de como uma organização poderá enunciar esses detalhes.

**Passo 3.** Resumir a informação inserida em cada tópico como um objectivo estratégico. Anote esses objectivos claramente e verifique se atendem aos critérios SMART: eSpecíficos, Mensuráveis, Adequados, Realistas, e de Tempo limitado. Por exemplo:

Até o final de 2018, a organização deverá:

- estar posicionado em harmonia às mentes dos utentes alvo e outros, como os principais fornecedores e com acesso fácil e ininterrupto a métodos contraceptivos modernos e de alta qualidade;
- dar acesso regular a métodos contraceptivos modernos em unidades cujas áreas de influência tenham o mais alto número de homens e mulheres em idade reprodutiva;
- ter uma cadeia de fornecimento que funcione de forma optimizada para garantir um suprimento ininterrupto de métodos contraceptivos modernos;
- manter níveis de satisfação dos utentes superiores a 95% em todas as unidades da organização, especialmente para novos utentes de métodos contraceptivos modernos.

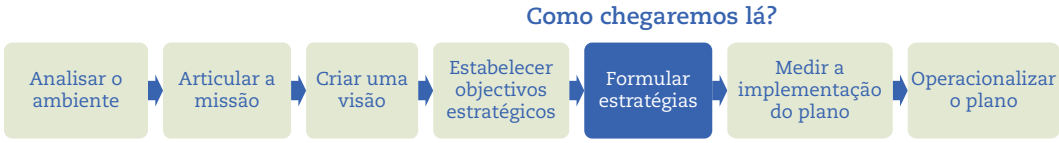
© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH



TABELA 5. Matriz para desenvolver os objectivos estratégicos: exemplo de matriz preenchida

| | Acção | Assunto | Descrição | Onde | Quando | Limites/ Condições | Resultados Esperados Mensuráveis |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Assegurar uma posição | Nossa organização nas mentes dos nossos recebedores pretendidos | Provedor líder de acesso fácil e ininterrupto a métodos contraceptivos modernos e de alta qualidade | Em todo o país | Até o final de 2013 | Através do acesso fácil e ininterrupto a métodos contraceptivos modernos e de alta qualidade | Até o final de 2013, uma pesquisa com utentes mostrará que mais de 80% das entrevistadas nos consideram o serviço líder de acesso fácil e ininterrupto a métodos contraceptivos modernos e de alta qualidade |
| 2 | Oferecer acesso | Centros de saúde | Acesso regular a métodos contraceptivos modernos | Em toda a organização | Até o final de 2010 | Prioritização dos centros com o maior número de homens e mulheres em idade reprodutiva | Até o final de 2010, mais de 75% de nossos utentes indicarão que têm acesso regular a métodos contraceptivos modernos através dos nossos centros |
| 3 | Garantir um fornecimento ininterrupto de contraceptivos | Sistema de suprimento | A cadeia de fornecimento funciona de forma optimizada para garantir o suprimento ininterrupto dos métodos | Ao nível da organização e dos centros de saúde | Até o final de 2010 | Oferta das melhores condições de trabalho e incentivos de acordo com os resultados de desempenho e qualidade do atendimento | Até o final de 2010, nosso sistema de fornecimento se conformará totalmente aos padrões internacionais, garantindo um fornecimento ininterrupto de métodos contraceptivos modernos |
| 4 | Manter a satisfação dos utentes | Qualidade dos serviços | Satisfação acima de 95% | Em todos os centros | Até o final de 2009 | Atenção especial dada aos novos utentes de métodos contraceptivos modernos | Até o final de 2009, os níveis de satisfação de utentes serão superiores a 95% em todos os centros, especialmente para os utentes que forem novos utentes de métodos contraceptivos modernos |

# Formulação de estratégias




As estratégias são declarações do que precisa ser feito. Ao responder à pergunta de como chegaremos lá, elas definem a rota pela qual uma organização alcançará seus objectivos estratégicos a médio e longo prazo.

Quase sempre existem rotas alternativas para o alcance dos objectivos estratégicos. Encontrar as melhores estratégias para a sua organização implica em considerar todas as estratégias possíveis e depois escolher uma ou mais que melhor contribuam para a realização dos objectivos estratégicos correspondentes. Os resultados esperados mensuráveis são as "consequencias mensuráveis" produzidas quando as estratégias forem implementadas.

Para determinar que estratégias são mais aptas a ajudar sua organização a alcançar seus objectivos estratégicos, considere a pergunta no Quadro 5.

Para estimular seu pensamento sobre estratégias, há uma lista de perguntas essenciais na coluna de "Estratégias" da Tabela 6.

Perguntas como essas ajudam você e sua equipa de planeamento a identificar possíveis estratégias para alcançar seus objectivos estratégicos e resultados esperados. Você pode então usar os critérios do Quadro 5 para escolher as melhores alternativas.

## QUADRO 5. Que estratégias são as melhores?

- A estratégia contribuirá ao alcance de seus objectivos estratégicos e resultados esperados mensuráveis?
- A estratégia tem o potencial de contribuir o máximo possível usando o mínimo possível de recursos?
- A estratégia pode ser implementada, tendo em vista os recursos e o contexto dentro do qual você trabalha?
- A estratégia é compatível com outras estratégias seleccionadas para os mesmos ou outros objectivos estratégicos?
- A estratégia maximizará as oportunidades externas e as forças internas? Ela tratará das fraquezas internas e das ameaças externas?

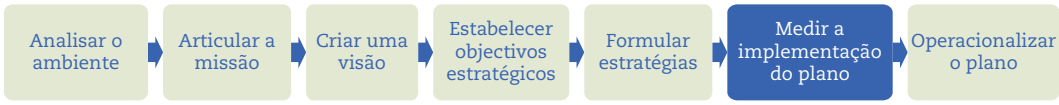
TABELA 6. Matriz para formular estratégias alinhadas com os objectivos estratégicos

| | Objectivos estratégicos | Resultados esperados mensuráveis | Estratégias |
|---|---|---|---|
| 1 | Posicionar a imagem da organização na mente da população alvo como o serviço líder de acesso fácil e ininterrupto a métodos contraceptivos modernos e de alta qualidade | Até o final de 2013, os dados de pesquisas com utentes demonstrarão que mais de 80% dos entrevistados nos consideram o serviço líder de acesso fácil e ininterrupto a métodos contraceptivos modernos e de alta qualidade | O que precisa ser feito para:<br>■ ser um serviço líder?<br>■ oferecer acesso ininterrupto? |
| 2 | Oferecer aos utentes o acesso mais fácil a métodos contraceptivos modernos nos centros de saúde com o maior número de homens e mulheres em idade reprodutiva | Até o final de 2010, mais de 75% de nossos utentes indicarão que têm acesso regular a métodos contraceptivos modernos através de nossos centros | O que precisa ser feito para:<br>■ determinar os centros com a mais alta demanda?<br>■ facilitar o acesso aos nossos centros de alta demanda? |
| 3 | Ter uma cadeia de suprimento que funciona de forma optimizada para garantir o fornecimento ininterrupto de métodos contraceptivos modernos | Até o final de 2010, nosso sistema de fornecimento se conformará totalmente aos padrões internacionais, garantindo um fornecimento ininterrupto de métodos contraceptivos modernos | O que precisa ser feito para:<br>■ melhorar o sistema de fornecimento?<br>■ contratar e reter o melhor pessoal para administrar o sistema?<br>■ atender aos padrões internacionais de um sistema de fornecimento totalmente funcional? |
| 4 | Manter níveis de satisfação de utentes acima de 95% em todos os centros, especialmente para os utentes que forem novos utentes de métodos contraceptivos modernos | Até o final de 2009, os níveis de satisfação de utentes estarão acima de 95% em todos os centros, especialmente para os utentes que forem novos utentes de métodos contraceptivos modernos | O que precisa ser feito para:<br>■ aumentar o nível de satisfação dos utentes?<br>■ atrair e reter novos utentes de métodos contraceptivos modernos? |

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

# Mensuração da implementação do plano

**Como saberemos que estamos a chegar lá?**




Seu plano estratégico define uma direcção e estratégias para alcançar os objectivos estratégicos e ter os resultados esperados mensuráveis. É essencial que você, como gestor de um programa de saúde ou serviços de saúde, monitore e avalie se e quão bem sua organização vem colocando em prática suas estratégias e até que ponto você está a alcançar seus objectivos estratégicos.

A coluna vertebral da medição são os resultados. Estes podem ser produtos (produtos imediatos ou directos das actividades) e resultados (mudanças a curto prazo numa população beneficiária, como resultado das actividades). A realização desses produtos e resultados é determinada pelos indicadores—marcadores mensuráveis de mudança em uma condição, capacidade, quantidade ou qualidade ao longo do tempo. Os indicadores que incorporar no seu plano permitirão que monitore regularmente seus resultados esperados e avalie os resultados reais alcançados.

## SELECÇÃO DE INDICADORES

Quando os dados sobre o indicador são recolhidos, registados e analisados, um bom indicador torna conceitos complexos facilmente mensuráveis. Um bom indicador de desempenho tem um número de características desejáveis (OMS 1994). Ele deve ser:

- **válido:** medir o fenómeno que realmente se propõe a medir;
- **confiável:** produzir os mesmos resultados quando usado mais de uma vez para medir a mesma coisa;
- **preciso:** definido em termos claros e específicos;
- **singular:** captar um único componente ou aspecto de um resultado mais complexo (ou seja, mede somente uma coisa e não um conjunto de coisas);
- **facilmente entendível:** ambos, especialistas e não especialistas, podem perceber seu significado;
- **comparável:** evitar definições limitadas ou muito especiais cujos valores seriam difíceis de comparar com outros resultados;
- **de uso viável:** baseia-se em dados que são fáceis e económicos de obter.

Os que analisam os dados relativos a resultados têm que ter muito cuidado de que esses resultados possam ser atribuídos aos produtos, serviços ou actividades da organização. Se outros factores contribuíram aos resultados, é importante observar isto nos relatórios.

Se desejar acompanhar de perto o progresso em direcção aos resultados esperados mensuráveis, poderá estabelecer marcos ao longo do caminho. Os marcos são marcadores verificáveis que confirmam que um caminho correcto está a ser seguido para colocar em prática a estratégia e obter resultados. Por exemplo, se seu resultado esperado for o de fornecer métodos contraceptivos modernos a 75% de seus utentes, e uma estratégia for a de fornecer informações actualizadas aos utentes potenciais, um marco poderia ser a conclusão do cálculo preciso do número de mulheres em idade reprodutiva que residem na área de captação da sua unidade ou centro. Uma outra estratégia para conseguir esse resultado poderia ser a de fornecer serviços de planeamento familiar em todos os centros; o marco poderia ser a confirmação de que todos os centros dispõem de um sistema em funcionamento para manter um suprimento adequado de métodos de planeamento familiar de alta demanda.

Apesar de ser importante que insumos (tais como recursos humanos) sejam utilizados para que os processos sejam levados a cabo como planeado, e que os resultados imediatos (tais como o número de novos utentes do planeamento familiar) sejam positivos, o valor real de uma actividade está no seu resultado (tal como a taxa de prevalência de contraceptivos entre a população alvo). Se a intervenção tiver um resultado positivo no curto a médio prazo—um efeito positivo sobre o comportamento do público alvo—é provável que, em combinação com outras intervenções, ela contribuirá para introduzir melhorias de saúde a longo prazo.

Apesar de ser possível incluir alguns outros tipos de indicadores, você poderá se concentrar nos indicadores de produtos e de resultados para monitorar o progresso e os resultados de suas intervenções planeadas. A seguir, apresentamos alguns exemplos de indicadores persuasivos.

Se um objectivo estratégico for o de melhorar o comportamento de saúde ou a situação de saúde da população alvo, poderá usar os indicadores de resultados para demonstrar:

- mudanças nas práticas de saúde;
- mudanças nas crenças ou atitudes de saúde;
- aumento no nível de conhecimento de questões seleccionadas de saúde.

Se um objectivo estratégico for o de melhorar o acesso da população alvo aos serviços de saúde ou serviços sociais, talvez use os indicadores de produtos ou de resultados para demonstrar:

- incremento da disponibilidade de serviços de saúde ou serviços sociais;
- aumento do número de visitas a estabelecimentos de saúde ou serviço social;
- redução dos custos para o utente ter acesso aos serviços de saúde ou sociais.

Se um objectivo estratégico for o de melhorar a qualidade dos serviços de saúde ou sociais oferecidos à população alvo, poderá usar os indicadores de resultados para demonstrar:

- aumento da demanda pelos produtos ou serviços oferecidos;
- aumento da satisfação dos utentes com os produtos ou serviços oferecidos;
- aderência mais estrita aos padrões de qualidade normalmente aceites ao prestar esses serviços ou oferecer esses produtos.

TABELA 7. Quadro de Monitoria dos Resultados, a Preencher

| **Objectivo Estratégico 1:** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Resultado Esperado Mensurável:** | | | | |
| **Estratégia 1:** | | | | |
| **Resultado Intermediário/ Marco** | **Data de Conclusão** | **Pessoa Responsável** | **Indicador** | **Meios de Verificação** |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Encontrará mais informações sobre produtos e resultados e sobre a selecção e uso dos indicadores no Capítulo 9 deste manual.

A Tabela 7 oferece um formato para ajudá-lo(a) a organizar e monitorar os indicadores de produtos e resultados em comparação com os objectivos estratégicos, os resultados esperados mensuráveis, e as estratégias do seu plano. Será preciso que você e sua equipa de planeamento concordem sobre a frequência com que querem monitorar os resultados e marcos significativos do plano estratégico; muitas organizações acham útil fazer isto uma ou duas vezes por ano.

Nessa altura, você e sua equipa concluíram o processo estratégico de planeamento e encontram-se prontos para produzir o plano propriamente dito. Esse documento deve ser simples, fácil de ler e concreto, e com um estrutura que reflicta o processo. Sugerimos uma estrutura similar à apresentada no Quadro 6.

O documento escrito deve vir acompanhado de uma apresentação visual de resumo em uma tabela (veja o modelo no Apêndice B).

### QUADRO 6. Estrutura Sugerida para o Plano Estratégico

- **Introdução.** Explique brevemente quando e como o processo de planeamento ocorreu, a que preocupações ou circunstâncias o plano responde, quem participou, e como o plano será utilizado.
- **Análise do ambiente.** Resuma as forças e fraquezas internas e as oportunidades e ameaças externas que identificou pela análise SWOT.
- **Missão, visão e objectivos estratégicos.** Apresente afirmativas bem redigidas desses três elementos críticos e explique como a missão e visão levou aos objectivos estratégicos.
- **Estratégias.** Apresente as estratégias que se propõe a usar para alcançar os resultados de cada objectivo estratégico. Escreva uma breve explicação de por que cada estratégia foi escolhida.
- **Medida da implementação.** Apresente o Quadro de Monitoria de Resultados, redija uma breve explicação sobre a escolha de indicadores, e descreva o processo e programação de revisão do plano.
- **Conclusão.** Acrescente comentários finais, se houver, e destaque que os planos operacionais anuais serão elaborados com base no plano estratégico.

## Conversão do plano estratégico em plano operacional

Depois que você e sua equipa de planeamento elaborarem o plano estratégico e depois que ele for aprovado e circulado, sua organização estará preparada para produzir planos operacionais anuais que irão traduzir os objectivos estratégicos e as estratégias em pacotes de actividades abrangentes. Os planos operacionais se referem aos objectivos estratégicos, resultados esperados mensuráveis, e estratégias do plano estratégico. Deve-se listar as actividades seleccionadas para cada estratégia e, depois, para cada actividade, especificar os elementos mostrados na Figura 3.

FIGURA 3. Componentes de um Plano Operacional

Poderá ver um modelo de planeamento operacional no Apêndice C.

## SELECÇÃO DE ACTIVIDADES

As actividades são necessárias para implementar as estratégias e alcançar os resultados delineado no seu plano estratégico. As actividades devem ser expressas em termos claros e concretos e em ordem cronológica, conforme visto na Tabela 8.

Cada actividade listada em um plano operacional deve ser específica o suficiente para lhe permitir:

- atribuir um custo àela;
- citar os produtos a serem entregues;
- identificar um resultado a ser alcançado;
- preparar um cronograma de realização da actividade;
- definir a qualidade (controlada através da monitoria de rotina das actividades);
- designar pessoas para supervisionar a implementação e monitoria das actividades.

As sessões de chuva de ideias sobre possíveis actividades para cada estratégia podem ser algumas das partes mais interessantes do planeamento. Elas permitem que você e sua equipa aproveitem toda a sua experiência conjunta e todas as percepções agudas que tenham, para propor abordagens criativas que darão vida às estratégias.

É provável que haja muitas actividades que poderiam satisfazer essa necessidade, e é igualmente provável que sua organização não possa realizar todas essas actividades. Se o número e âmbito de possíveis actividades forem superiores aos fundos disponíveis e à capacidade organizacional, pode-se usar a Lista de Verificação da Viabilidade na Figura 4 e a Árvore de Decisão para Selecção das Actividades (ver o modelo na Tabela 9) para ajudar a seleccionar as actividades com maior probabilidade de serem realizadas com sucesso.

A Lista de Verificação apresenta uma série de condições internas e externas que são critérios para avaliar uma actividade. Depois que você e sua equipa tiverem preparado uma lista exaustiva de actividades para cada estratégia, poderão descobrir que talvez possam eliminar imediatamente várias actividades porque elas obviamente não atendem a alguns dos critérios. Isto lhe deixará um lista mais curta e adequada de actividades promissoras.

TABELA 8. Amostra de Matriz para Identificar Actividades que Correspondem a Estratégias

| | Objectivos Estratégicos | Resultados Desejados Mensuráveis | Estratégias | Actividades |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Posicione a imagem da organização na mente de sua população alvo como o serviço líder de acesso fácil e ininterrupto a métodos contraceptivos modernos e de alta qualidade. | Até o final de 2013, os dados de pesquisa com utentes demonstrarão que mais de 80% dos entrevistados nos consideram o serviço líder de acesso fácil e ininterrupto a métodos contraceptivos modernos e de alta qualidade. | ■ Determinar as necessidades e desejos não satisfeitos e os obstáculos de acesso dos utentes potenciais de planeamento familiar (PF).<br>■ Melhorar as ferramentas de gestão da cadeia de fornecimento.<br>■ Posicionar a organização como a provedora líder de métodos contraceptivos modernos. | ■ Conduzir uma pesquisa das mulheres em idade reprodutiva para definir as preferências de PF e os obstáculos ao acesso.<br>■ Formar pessoal da clínica no método aprovado de controlo de estoque para manter a disponibilidade de contraceptivos.<br>■ Produzir um folheto ilustrado que descreva os serviços e mostre citações de utentes satisfeitos. |

FIGURA 4. Lista de Itens de Viabilidade

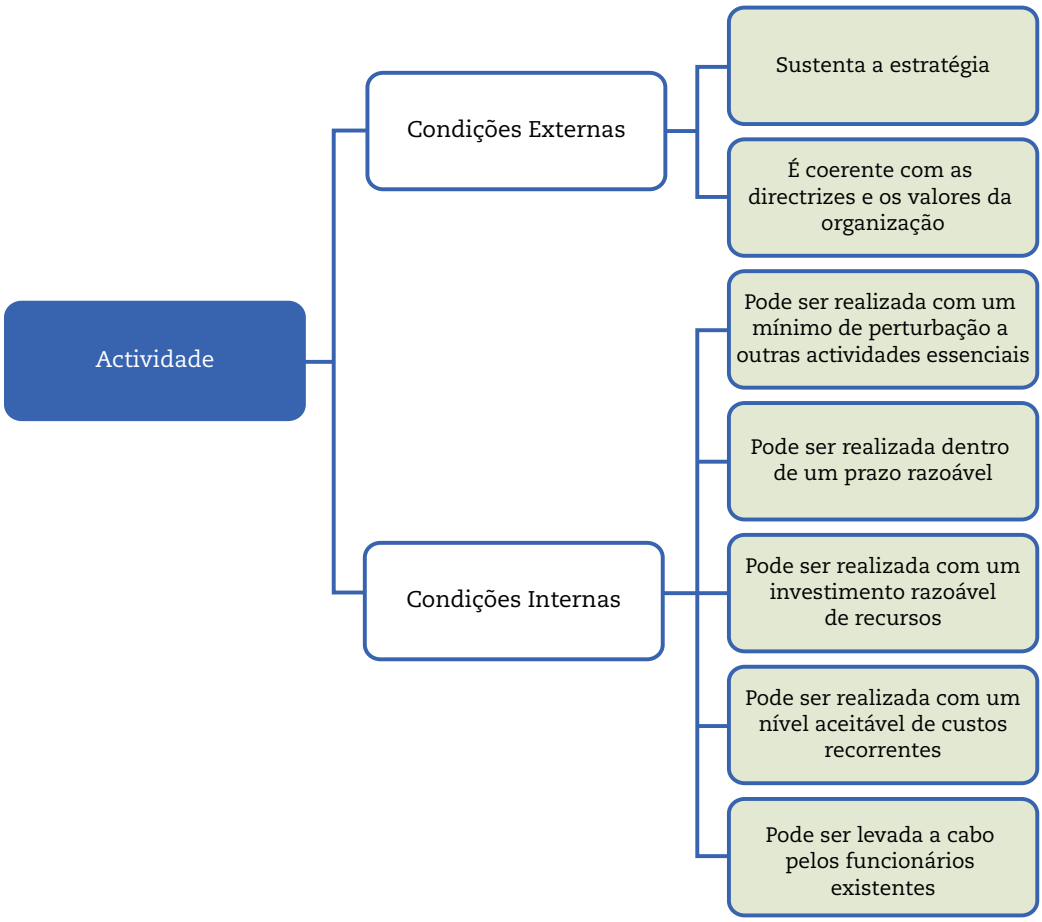


TABELA 9. Modelo de Árvore de Decisão para a Selecção de Actividades

**Actividade:** Conduzir uma campanha em meios mistos de comunicação, para informar aos utentes sobre nossa gama de métodos modernos de planeamento familiar, bem como seus preços e a qualidade dos nossos serviços.

| Condições e Critérios | Classificação (escala de 1–3) | Peso (escala de 1–3) | Escore Total (classificação × peso) | Evidência |
|---|---|---|---|---|
| **Condições Externas** | | | | |
| A actividade é socialmente aceitável | 3 | 2 | 6 | O uso de métodos modernos de planeamento familiar é uma prática comummente aceita em nosso país. |
| A actividade se encaixa na estrutura de directrizes aceitáveis | 2 | 3 | 6 | O país dispõe de uma estratégia nacional para reposicionar o planeamento familiar e está a desenvolver actualmente as directrizes correspondentes para promover a compra, venda, distribuição e uso de métodos contraceptivos modernos. |
| **Condições Internas** | | | | |
| A actividade sustenta objectivos estratégicos | 3 | 3 | 9 | A actividade apoia fortemente os objectivos estratégicos de conscientização, acesso e qualidade dos serviços e suprimentos de planeamento familiar. |
| O prazo é razoável | 1 | 1 | 1 | Sim. |
| O investimento é razoável | 3 | 2 | 6 | O investimento está alinhado com campanhas multimédia para outras actividades de promoção da saúde. |
| Os custos recorrentes são aceitáveis | 2 | 3 | 6 | Os custos recorrentes serão aceitáveis; porém, certos meios poderão ser usados de forma mais moderada devido ao seu alto custo relativo. |
| A actividade é viável administrativamente | 3 | 2 | 6 | Esta actividade é viável porque já existem em funcionamento mecanismos de contratação de certos meios de comunicação, devido a actividades similares. |
| O pessoal está disponível e é qualificado | 2 | 3 | 6 | O pessoal está disponível e tem experiência em fazer essas campanhas multimédia. |
| | **Classificação de Viabilidade**<br>Faixa: 8–72<br>< 24 = não muito viável<br>25–50 = viável<br>51–72 = altamente viável | | 46<br>(soma da coluna de Escore Total) | **Comentários:**<br>A actividade proposta aqui tem um escore de 46 e, portanto, se classifica como "viável". |

**Instruções:**

**Classificação:** Para a actividade proposta descrita acima no topo do formulário, há uma série de **Condições e Critérios** na primeira coluna que devem ser atendidas. Avalie até que ponto a condição é atendida actualmente e atribua um valor de acordo com a seguinte escala:
1 = não corresponde ao critério
2 = corresponde parcialmente ao critério
3 = corresponde plenamente ao critério

**Peso:** Para cada uma das Condições e Critérios, atribua um **"peso"** que indica a importância relativa da condição ou critério específico para a execução da actividade, como a seguir:
1 = não relevante ao sucesso
2 = importante para o sucesso
3 = essencial para o sucesso

**Evidência:** Na coluna intitulada "Evidência", queira descrever as circunstâncias que sustentam a classificação que atribuiu a cada Condição ou Critério específico

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Quando tiver uma lista de actividades promissoras, poderá usar a Árvore de Decisão para Selecção das Actividades para discutir cada actividade e gerar seu escore por comparação aos critérios. As actividades com os escores mais altos são as mais prováveis de serem implementadas com sucesso. Se várias actividades se apresentam com o mesmo escore ou escores similares, a equipa pode discutir e chegar a um acordo sobre aquelas que podem ser iniciadas primeiro.

No Apêndice D, encontrará um modelo de árvore de decisão. Talvez queira mudar ou acrescentar critérios para adequá-la às circunstâncias de sua organização.

## MONITORIA DO PLANO OPERACIONAL

Muitas organizações acham que é essencial monitorar os planos operacionais através de revisões trimestrais; algumas organizações mais jovens conduzem essas revisões a cada mês para ter certeza de que continuam na trilha certa para alcançar seus resultados esperados. A monitoria frequente serve para identificar a "tríplice ameaça" das variáveis: atrasos de programação, reduções ou excessos do orçamento, ou mudanças no âmbito das actividades.

Quando uma dessas três variáveis é ameaçada, uma outra sofre o impacto. Na medida em que as actividades sejam adiadas, a realização completa do âmbito do trabalho se atrasa. Quando o orçamento é reduzido, não se pode implementar toda a gama de actividades. E quando essa gama de actividades é muito extensa em comparação com o orçamento, o cronograma não será cumprido até que mais fundos sejam assegurados. Essa interacção destrutiva pode ser mitigada pelo rastreamento das actividades, orçamento, e produtos a entregar, e ao fazer ajustes para alinhar as actividades ao orçamento e os produtos a entregar ao cronograma.

Um rastreamento cuidadoso geralmente exige subdividir cada actividade em suas tarefas separadas. Quanto menor a tarefa, mais proximamente se pode acompanhar seu progresso e fazer ajustes que se tornem necessários.

Um plano simples de monitoria e avaliação lhe permitirá monitorar cada indicador, conforme se vê na Tabela 10.

## CUSTOS E ORÇAMENTOS DAS ACTIVIDADES

O orçamento projecta os custos e, em muitos casos, as receitas de uma actividade, projecto ou organização. Ele quantifica a meta e os objectivos da organização, ao orientar a alocação de recursos humanos e financeiros. O orçamento pode ser usado com relatórios periódicos de despesas para examinar os custos previstos e compará-los aos custos efectivamente incorridos, identificar programas de alto custo-benefício, prever necessidades de caixa, determinar onde os custos devem ser reduzidos ou eliminados, e contribuir para as decisões mais difíceis, entre elas as de que projectos ou actividades descontinuar.

Os custos ou despesas são os encargos ou recursos financeiros usados para entregar um produto ou prestar um serviço ou, ainda, implementar um projecto ou actividade. Esses encargos podem estar relacionados à contratação de pessoal, à compra de suprimentos, à manutenção de equipamentos. É essencial fazer orçamentos exactos e completos que possam ser monitorados durante toda a implementação do plano operacional. Os orçamentos são concebidos para atender a dois conjuntos de necessidades. Para fins operacionais, os orçamentos ajudam a organização a distribuir os recursos disponíveis da forma mais eficaz possível e a monitorar e controlar os custos. Para fins de gestão, os orçamentos ajudam os gestores a tomarem decisões sobre a combinação e o âmbito de actividades e projectos a serem empreendidos durante o ano.

TABELA 10. Plano de Monitoria e Avaliação

| | Situação do Indicador | | Actividades de Monitoria e Avaliação | Pessoas Responsáveis | Programação | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Estratégia 1: Determinar necessidades e desejos não atendidos dos utentes de PF** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Indicador** | **Linha de Base** | **Projectado** | | | **Mês** | | | | | | | | | | | |
| | | | | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
| Percentagem de mulheres em idade reprodutiva que usam métodos contraceptivos modernos | 20% | 40% | Conduzir uma pesquisa de 30 agrupamentos em comunidades servidas pela clínica | Educador de saúde, pessoal de enfermagem, parteiras | | | | | | | | | | | | |
| **Estratégia 2: Aperfeiçoar ferramentas de gestão da cadeia de fornecimento** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de funcionários da clínica treinados em metodologia de controlo de stocks | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Estratégia 3: Posicionar a organização como provedora líder de métodos contraceptivos modernos** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de folhetos produzidos e distribuídos | | | | | | | | | | | | | | | | |

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Para preparar o orçamento do seu plano operacional, é importante contar com a ajuda de alguém com sólida experiência em gestão financeira e preparação de orçamentos. O pessoal técnico e do programa, que trabalha junto com o responsável pelo orçamento, precisa especificar o que a realização das actividades planeadas implica e recolher informações sobre custos unitários dos itens essenciais, tais como:

- salários e encargos;
- custo de consultores;
- viagens e transportes;
- instalações e suprimentos;
- outros custos directos (custos associados exclusivamente com a execução da actividade, tal como impressão ou reprodução, comunicações, custos de correio e envio de remessas, suprimentos e materiais, e serviços de terceiros);
- outros custos indirectos (custos que não estão associados exclusivamente com a execução da actividade).

Pode-se ler mais sobre orçamentos e gestão financeira no Capítulo 7 deste manual.

## PLANEAMENTO DE NOVAS INICIATIVAS

Nessa altura do processo de planeamento, você já terá desenvolvido um plano estratégico e o convertido num plano operacional ou plano de trabalho anual. Se seu plano estratégico indicar que a organização deveria conceber e introduzir novos produtos ou serviços (tais como preservativos femininos ou serviços de saúde reprodutiva para adolescentes) ou expandir a população alvo em grande escala (por exemplo, contactar as pessoas que vivem com VIH e SIDA e que são utentes em potencial do planeamento familiar), você poderá desenvolver um plano empresarial para avaliar a viabilidade e o risco desses novos empreendimentos. Usaria então o plano empresarial para garantir a obtenção de fundos para essas novas actividades.

Consulte o documento "Planeamento Empresarial para Transformar sua Organização" (MSH 2003) onde há uma discussão detalhada deste tópico.

Use o Quadro 7 para ajudá-lo(a) a avaliar a força de seu plano e assegurar que você não tenha se esquecido de avaliar alguns pontos importantes.

### QUADRO 7. Resumo: Os Elementos de um Bom Plano

A implementação bem sucedida começa com um bom plano. Há elementos que darão ao plano mais probabilidade de ser implementado com sucesso. Faça a si próprio(a) as seguintes perguntas para ver se levou em consideração todos esses elementos.

- O plano é simples?
- É fácil de entender e colocar em prática?
- Comunica-se de uma forma clara e prática?
- O plano é específico?
- Seus objectivos estratégicos estão alinhados com a missão e a visão?
- As estratégias estão alinhadas com os objectivos estratégicos?
- As estratégias ajudarão a organização a alcançar seus resultados esperados mensuráveis?
- O plano inclui actividades específicas, cada uma delas com datas de término, pessoas responsáveis e necessidades orçamentárias?
- O plano é realista?
- As medidas e a programação para conclusão da actividade são realistas?

## Práticas comprovadas

- Apesar de o planeamento ser uma das quatro práticas essenciais de gestão, o planeamento por si só não é suficiente para atingir os resultados esperados. Apoiá-lo através de todas as outras práticas de liderança e gestão permite obter uma capacidade organizacional mais robusta, melhores serviços e, finalmente, melhorias duradouras para a saúde da população.

- Apesar de os planos estratégicos, planos operacionais e planos de negócios abrangerem períodos de tempo diferentes e serem elaborados e usados em diferentes níveis, eles não são mutuamente exclusivos. Em particular, os planos operacional ou anual devem se basear no conteúdo e prioridades estratégicas indicadas no plano estratégico.

- O planeamento estratégico se beneficia de uma equipe bem equilibrada e composta por um grupo interdisciplinar de colegas com características e funções distintas.

- Você e sua equipa de planeamento podem usar a missão de sua organização para criar uma visão do futuro que orienta a selecção dos objectivos estratégicos da organização. Pode-se verificar a integridade dos objectivos estratégicos ao conduzir uma análise SWOT modificada e, depois, formular estratégias que se alinhem com esses objectivos.

- Para converter o plano estratégico num plano operacional, você e sua equipa podem usar a lista de itens de viabilidade e a matriz de actividades prioritárias para seleccionar as actividades que melhor atendam aos objectivos estratégicos, definir indicadores de realização, e atribuir custos a cada actividade. Talvez queiram buscar assistência especializada para determinar custos e preparar o orçamento.

- A monitoria frequente ajudará a reduzir os atrasos de programação, reduções ou excessos de orçamento, ou mudanças no âmbito das actividades. Se incorporar indicadores de produto e resultados em seu plano operacional, poderá então elaborar um plano de monitoria e avaliação para monitorar o progresso no alcance dos resultados esperados e avaliar os resultados reais alcançados.

## Glossário de termos de planeamento

**actividades:** Tarefas específicas que são necessárias para implementar as estratégias e alcançar os objectivos estratégicos do seu plano. As actividades devem ser expressas em termos claros e concretos e em ordem cronológica.

**análise SWOT:** Uma ferramenta ou recurso que ajuda uma organização a identificar as oportunidades e ameaças *(Opportunites, Threats - OT)* do ambiente externo que são mais relevantes ao seu trabalho, e as forças e fraquezas *(Strengths, Weaknesses - SW)* dentro da organização: os sistemas, estruturas e factores culturais que aprimoram ou obstruem a eficácia organizacional.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

**estratégia:** É uma declaração sobre o que deve ser feito e que, quando realizada cabalmente, significará o alcance dos objectivos estratégicos da organização.

**factor crítico:** É um elemento essencial do desempenho de um sistema interno particular, como por exemplo o tempo de reposição do stock do sistema de cadeia de fornecimento, ou a rapidez de apresentação de relatórios de um sistema financeiro.

**indicador:** É um marcador mensurável de mudança ao longo do tempo de uma condição, capacidade, quantidade ou qualidade. Os indicadores que você incorporar no seu plano lhe permitirão avaliar os resultados reais alcançados pela execução das actividades programadas do seu plano.

**missão:** É a declaração que descreve de maneira clara e concisa por que a organização existe—seu propósito ou objectivo. A missão fornece orientação, uniformidade e significado às decisões e actividades da organização em todos os níveis. É o núcleo em torno do qual os membros do pessoal focalizam seus maiores esforços.

**objectivos estratégicos:** O que a organização pretende alcançar a médio e longo prazo. Os objectivos estratégicos são estabelecidos pela direcção da organização, em consulta com várias unidades de gestão em toda a organização, e aprovados pelo conselho de administração, no caso de organizações da sociedade civil.

**objectivos operacionais:** São as metas de curto prazo que representam o vínculo entre o plano estratégico e o plano operacional correspondente. As equipas de trabalho ou equipas operacionais estabelecem e trabalham para alcançar os objectivos.

**planeamento empresarial:** Planeamento de curto a médio prazo. O plano empresarial é usado para garantir a existência de fundos e fazer projecções do retorno financeiro e social estimado para lançar uma organização, estabelecer uma nova unidade de negócios, ou—no caso de uma entidade existente—desenvolver e introduzir um novo produto ou serviço. Um bom plano empresarial permite à organização avaliar a viabilidade de todos os seus produtos e serviços ou dos novos produtos e serviços.

**planeamento estratégico:** Planeamento de médio a longo prazo que envolve todas as áreas de gestão de uma organização. Seu conteúdo é relativamente geral e inclui metas, objectivos estratégicos, estratégias, e resultados mensuráveis. Ele focaliza as questões mais amplas e duradouras que irão promover a eficácia a longo prazo e sobrevivência da organização.

**planeamento operacional:** Seu âmbito é de prazo mais curto, geralmente um ano. Seu foco é no alcance dos objectivos e execução das actividades no futuro próximo. Com frequência, se refere ao planeamento operacional como plano operacional anual ou plano de trabalho anual, sendo que ele deve estar alinhado com o plano estratégico.

**produto:** É o produto imediato ou directo de uma actividade.

**resultado:** É uma mudança a curto prazo numa população beneficiária, como resultado de uma actividade ou conjunto de actividades.

**resultados mensuráveis:** Resultados que serão produzidos quando as estratégias forem implementadas.

**visão:** É a imagem do estado futuro almejado de uma organização, na direcção do se move uma equipa, organização, projecto ou programa quando decide agir.

## Referências e recursos

Albrecht, Karl. *The Northbound Train: Finding the Purpose, Setting the Direction, Shaping the Destiny of Your Organization*. New York: AMACOM, 1994.

Bennis, Warren G., e Burt Nanus. 1986. *Leaders: Strategies for Taking Charge*. New York: HarperBusiness, 1997.

Blank, Warren. *The 108 Skills of Natural Born Leaders*. New York: AMACOM, 2001.

Conger, Jay A. "The Vision Thing: Explorations into Visionary Leadership." In *Cutting Edge: Leadership 2000*. Barbara Kellerman and Larraine R. Matusak, eds. 38–45. College Park, MD: James MacGregor Burns Academy of Leadership, 1998.

Covey, Stephen R. 2004. *The Seven Habits of Highly Effective People: Restoring the Character Ethic*. 151, 152–54. New York: Free Press, 2004.

Helfenbein, Saul, Sara Seims, e Deborah Ruhe. "Learning to Think Strategically." *The Family Planning Manager (Boston)* vol. 3, no. 1, 1994, http://www.msh.org/resources/learning-to-think-strategically (acessado Mar. 3, 2014).

Management Sciences for Health. *Managers Who Lead: A Handbook for Improving Health Services*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2005. http://www.msh.org/resources/managers-who-lead-a-handbook-for-improving-health-services (acessado Mar. 1, 2010).

———. *Virtual Strategic Planning Program*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2009. Informações sobre o programa disponíveis em http://www1.msh.org/projects/lms/ProgramsAndTools/SustainabilityAndScalingUp/VSPP.cfm.

Organização Mundial da Saúde. *Indicators to Monitor Maternal Health Goals.* Genebra: Organização Mundial da Saúde. 1994, http://whqlibdoc.who.int/HQ/1994/WHO_FHE_MSM_94.14.pdf (acessado Jan. 14, 2010).

Roberts, Edward. "Managing Technical Professionals: Individuals and Teams." Palestra, como parte do curso Gestão de Tecnologia para Gestores em Geral. MIT Sloan School of Management. Cambridge, MA, 2000.

Seltzer, Judith B. *Handbook for Developing a District Level Work Plan*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 1991.

Seltzer, Judith B., Elizabeth Lewis, Fiona Nauseda, e Stephen Redding. "Business Planning to Transform Your Organization." *The Manager* (Boston) vol. 12, no. 3, 2003, http://www.msh.org/sites/msh.org/files/Business-Planning-to-Transform-Your-Organization.pdf.

Seltzer, Judith B., e Steve Solter. "Conducting Local Rapid Assessments in Districts and Communities." *The Family Planning Manager (Boston)* vol. 7, no. 1, 1998, http://erc.msh.org/themanager/English/V7_N1_En_Issue.pdf (acessado Jan. 14, 2010).

Thisayakorn, Lers. "Reasons Why Strategic Planning Fails." GroundReport, http://www.groundreport.com/Business/Reasons-why-strategic-planning-fails (accessed Jan. 14, 2010).

Vriesendorp, Sylvia. *Strategic Planning: Reflections on Process and Practice*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 1999.

Wolff, James A., Linda Suttenfield, e Susana C. Binzen, eds. *The Family Planning Manager's Handbook: Basic Skills and Tools for Managing Family Planning Programs*. Hartford, CT: Kumarian Press, 1991.

Wong, Shu Wei. "The Reasons Why Strategic Planning Fails." Articlesbase, 2007, http://www.articlesbase.com/strategic-planning-articles/the-reasons-why-strategic-planning-fails-228944.html (acessado Jan. 14, 2010).

## Apêndices

**Apêndice A.** Matrizes SWOT

**Apêndice B.** Modelo de Planeamento Estratégico

**Apêndice C.** Modelo de Planeamento Operacional

**Apêndice D.** Modelo de Árvore de Decisão para a Selecção de Actividades

# APÊNDICE A. Matrizes SWOT

Modelo de Matriz SWOT

| | Ambiente Externo | | Ambiente Interno |
|---|---|---|---|
| Oportunidades | | Forças | |
| Ameaças | | Fraquezas | |

Matriz SWOT com Classificações de Impacto

| | Ambiente Externo | Impacto | | Ambiente Interno | Impacto |
|---|---|---|---|---|---|
| Oportunidades | | | Forças | | |
| Ameaças | | | Fraquezas | | |

## APÊNDICE B. Modelo de Planeamento Estratégico

| Missão | Visão | Objectivos Estratégicos | Resultados Esperados Mensuráveis | Estratégias |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## APÊNDICE C. Modelo de Planeamento Operacional

| Objectivos Estratégicos | Resultados Esperados Mensuráveis | Estratégias | Actividades | Pessoa Responsável | Indicadores | Recursos Necessários | Programação | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## APÊNDICE D. Modelo de Árvore de Decisão para Selecção de Actividades

**Actividade:**

| Condições e Critérios | Classificação (escala de 1–3) | Peso (escala de 1–3) | Escore Total (classif. × peso) | Evidência |
|---|---|---|---|---|
| **Condições Externas** | | | | |
| A actividade é socialmente aceitável | | | | |
| A actividade se encaixa na estrutura de directrizes aceitáveis | | | | |
| **Condições Internas** | | | | |
| A actividade sustenta objectivos estratégicos | | | | |
| O prazo é razoável | | | | |
| O investimento é razoável | | | | |
| Os custos recorrentes são aceitáveis | | | | |
| A actividade é viável administrativamente | | | | |
| O pessoal está disponível e é qualificado | | | | |
| | **Classificação de Viabilidade** Faixa: 8–72< 24 = não muito viável 25–50 = viável 51–72 = altamente viável | | (soma da coluna de Escore Total) | **Comentários:** |

**Instruções:**

**Classificação:** Para a actividade proposta descrita acima no topo do formulário, há uma série de **Condições e Critérios** na primeira coluna que devem ser atendidos. Avalie até que ponto a condição é atendida actualmente e atribua um valor de acordo com a seguinte escala:
1 = não corresponde ao critério
2 = corresponde parcialmente ao critério
3 = corresponde plenamente ao critério

**Peso:** Para cada uma das Condições e Critérios, atribua um **"peso"** que indica a importância relativa da condição ou critério específico para a execução da actividade, como a seguir:
1 = não relevante ao sucesso
2 = importante para o sucesso
3 = essencial para o sucesso

**Evidência:** Na coluna intitulada "Evidência", descreva as circunstâncias que sustentam a classificação que atribuiu a cada Condição ou Critério específico.

CAPÍTULO 6

# Gestão de Recursos Humanos

*Mary O'Neil*
*Steve Reimann*

1. Obter Resultados Através do Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
2. Liderança e Gestão: Competências Críticas para o Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
3. Governação de Sistemas de Saúde e Organizações de Saúde
4. Inclusão da Perspectiva de Género nos Sistemas de Saúde
5. Planear o Trabalho e Executar o Plano
6. Gestão de Recursos Humanos
7. Gestão das Finanças e dos Sistemas Relacionados
8. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde
9. Gestão das Informações: Monitoria e Avaliação
10. Gestão da Prestação de Serviços de Saúde

Este capítulo mostra como a gestão dos recursos humanos (GRH) eficaz é importante em qualquer organização do sector público ou privado e como ela é essencial em situações de crise na saúde pública junto com a escassez da força de trabalho. Apresentamos aqui os três pilares que formam a capacidade de GRH de uma organização—directrizes, sistemas, e práticas de liderança e gestão—e descrevemos como eles podem ajudar a atingir as metas de GRH de sua organização.

Depois, vamos rever como você, na qualidade de gestor de um programa ou de serviços de saúde, pode ser mais eficaz em cinco áreas de importância crítica para o seu pessoal, ao:

- definir as responsabilidades de cada função e as prioridades de trabalho
- estimular o bom desempenho através da retroinformação
- transformar o trabalho em algo significativo
- aperfeiçoar a justiça e equidade no local de trabalho
- oferecer oportunidades de desenvolvimento pessoal

Para permitir que sua organização avalie sua capacidade de GRH, apresentamos o inquérito de Satisfação dos Funcionários e a Ferramenta de Avaliação Rápida de GRH das Organizações de Saúde, e mostramos como elas podem ser aplicadas. Finalmente, descrevemos como associar as boas práticas de gestão aos Sistemas de GRH para propiciar mudanças positivas em sua organização.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

# Introdução

A gestão de recursos humanos é de importância crítica, sendo responsável pelo património mais importante de uma organização: o seu quadro de pessoal. A GRH é geralmente responsável por 70% a 80% do orçamento de uma organização. Quando as organizações gerem cuidadosamente seu investimento em pessoal, o resultado é uma força de trabalho satisfeita e motivada, que presta serviços de saúde de alta qualidade, e uma organização que cumpre sua missão, atende seus objectivos de saúde, e contribui à sua comunidade ao prestar excelentes serviços.

## COMO ENFRENTAR OS DESAFIOS DE RECURSOS HUMANOS

Apesar da importância crítica dos recursos humanos para o funcionamento dos sistemas de saúde, poucos esforços combinados abordaram até agora a grave falta de pessoal que afecta o sector de saúde em muitos países em desenvolvimento. A pandemia de SIDA intensificou uma situação que já era grave, e a capacidade de muitos países de atenderem aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio resulta ainda mais prejudicada pelas deficiências das organizações em termos de directrizes e sistemas de GRH.

Em muitos países, os principais desafios incluem encontrar formas de:

- aumentar a satisfação e a produtividade dos funcionários apesar da falta de pessoal, dos baixos salários e da falta de recursos;
- obter dados exactos e executar um planeamento eficaz da força de trabalho, quando os sistemas de informações dos funcionários são ainda pouco desenvolvidos;
- obter trabalhadores com as aptidões e competências necessárias, tendo em vista os níveis reduzidos de contratação provocados pela SIDA, a migração de profissionais de saúde, e as condições de trabalho deficientes em áreas remotas;
- designar tarefas a grupos de trabalhadores que têm ou podem adquirir facilmente as aptidões necessárias;
- oferecer uma GRH eficiente e eficaz e uma supervisão atenta, quando os gestores não dispõem das aptidões de GRH e quando a GRH não é defendida de forma vigorosa dentro da organização.

Estes desafios podem ser tratados dentro de uma infra-estrutura eficaz de GRH. No entanto, a realidade é que a área de GRH talvez seja a menos entendida e desenvolvida, no sector de saúde, hoje em dia. Portanto, apesar da maioria das organizações declararem que os funcionários são seu recurso mais valioso, há uma negligência generalizada das directrizes, sistemas e práticas de liderança e gestão que são necessárias para apoiar a função crítica de GRH.

Há uma necessidade de profissionalizar a GRH em todo o sector de saúde ao contratar pessoal dedicado de recursos humanos (RH) e desenvolver a capacidade desse pessoal para gerir questões complexas de RH. Os sistemas de GRH precisam ser fortalecidos na maioria das organizações. Nos ministérios de saúde e organizações não governamentais (ONGs) nacionais, isto deve ser feito através da criação de departamentos dedicados de GRH, encarregados do desenvolvimento, operação e promoção das directrizes, sistemas e práticas de liderança e gestão que abordam os desafios de GRH identificados.

Mas todos os gestores e supervisores, em todos os níveis de uma organização, têm a responsabilidade de entenderem e continuarem a praticar os princípios de uma GRH eficaz. De facto, nas organizações menores, que geralmente não dispõem de um departamento dedicado de GRH, é o esforço colectivo de todos os gestores que permitirá montar uma estratégia de Recursos Humanos em Saúde (RHS) e montar a infra-estrutura de GRH necessária para colocar essa estratégia em prática.

## A estrutura de acções de recursos humanos para a saúde

Apesar da GRH ser o elemento central das melhorias de retenção e desempenho dos recursos humanos, uma força de trabalho sustentável e de alta qualidade depende também de:

- directrizes razoáveis de emprego;
- recursos financeiros adequados;
- instituições de educação e formação para preparar números adequados de trabalhadores de saúde antes de começarem a prestar serviço;
- parcerias com as comunidades locais, o sector privado, as agências doadoras e outros grupos de interesse essenciais;
- liderança e defesa de direitos para fortalecer as práticas de GRH em todos os níveis.

A Figura 1 mostra a Estrutura de Acções em Recursos Humanos para a Saúde, que traça um caminho de desenvolvimento de uma estratégia nacional abrangente de RHS para ajudar os gestores a manter uma oferta contínua de pessoal de saúde devidamente preparado. Um consórcio formado pela Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Organização Mundial da Saúde (OMS), Aliança Global da Força de Trabalho de Saúde, países parceiros, ONGs, agências doadoras e a comunidade académica, desenvolveu uma Estrutura de Acção de RHS em 2005.

Essa estrutura identifica os seis componentes do planeamento e gestão da força de trabalho e descreve as metas de cada um. Quando esses componentes estiverem a funcionar correctamente, sua organização terá pessoal formado apropriadamente e disponível no lugar e no momento certos. O quadro também sugere acções que os tomadores de decisões públicas e os gestores podem empreender para tratar de questões relativas a cada uma das seis áreas. Os sistemas de GRH estão no centro devido à sua importância na integração de todos os outros componentes.

FIGURA 1. Estrutura de Acção de Recursos Humanos em Saúde

Ferramentas para uma força de trabalho de saúde sustentável e eficaz

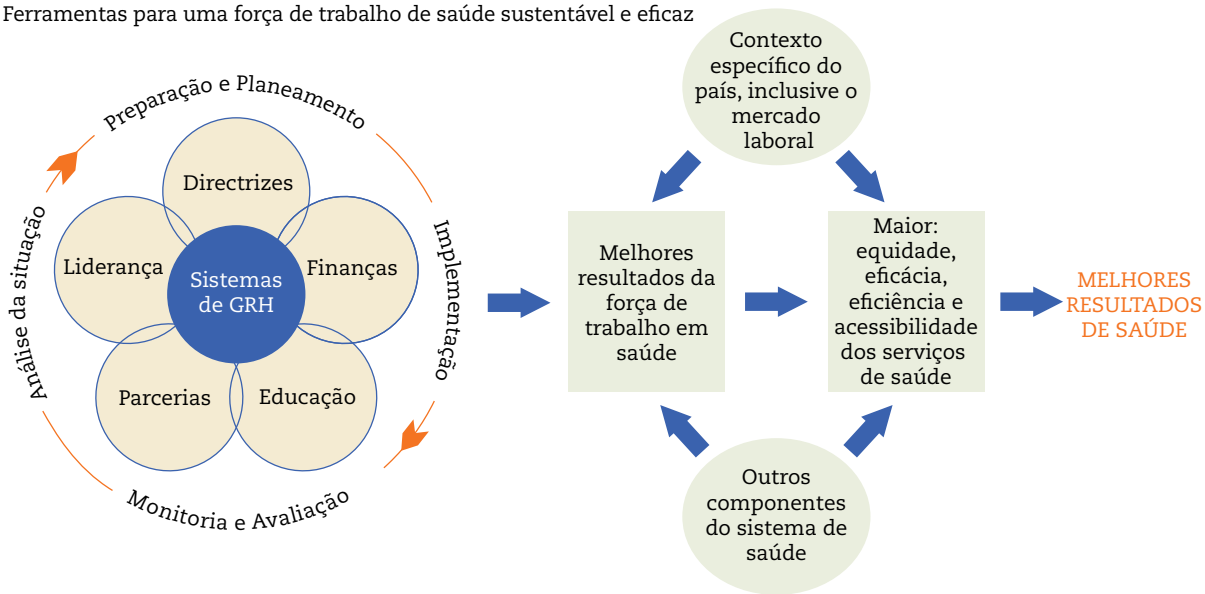


TABELA 1. Componentes da Estrutura de Acção de GRH

| Componente | Objectivo |
|---|---|
| **Sistemas de GRH** | Existem em funcionamento sistemas de GRH cujos resultados são a contratação de pessoal de forma adequada e oportuna, a retenção do pessoal, o trabalho de equipa, o planeamento eficaz e o bom desempenho. |
| **Directrizes** | Foram estabelecidas directrizes apropriadas de recursos humanos, as quais são cumpridas. Os processos de emprego pelo governo foram agilizados. |
| **Finanças** | O orçamento aprovado é adequado para sustentar os requisitos previstos de força de trabalho de saúde. A autoridade de alocação está alinhada com o planeamento técnico e de gestão e com a tomada de decisões. |
| **Educação** | As instituições de formação prévia à entrada em serviço têm a capacidade de atender à demanda de trabalhadores essenciais e adaptam o currículo conforme necessário para atender a requisitos de novos conteúdos. |
| **Parcerias** | Os vínculos planeados entre os sectores, distritos e ONGs aumentam a capacidade de recursos humanos. |
| **Liderança** | Os gestores de todos os níveis demonstram que valorizam os trabalhadores de saúde e cumprem um papel de liderança para ajudar o pessoal a enfrentar os desafios e alcançar resultados. |

A Tabela 1 explica os seis componentes de GRH quando se encontram na situação de maior eficácia.

> Clique aqui para obter mais informações de como usar a Estrutura de Acção de RHS, desenvolver uma abordagem estratégica do RHS, e saber que acções tomar relacionadas com cada um dos seis componentes do quadro.

## Os pilares de uma GRH eficaz

### A GRH E SEUS PILARES

A GRH é o uso integrado de directrizes, sistemas e práticas de liderança e gestão para planear a contratação de pessoal necessário e para recrutar, motivar, desenvolver e manter funcionários, de forma que a instituição ou organização possa alcançar seus objectivos. Quando a GRH funciona eficazmente, aumentam as habilidades, a satisfação no trabalho e a motivação do quadro de pessoal e, com o tempo, atinge-se um nível mais alto de desempenho.

Esta definição de GRH destaca a integração dos três pilares, nenhum dos quais é plenamente eficaz por conta própria, sendo que todos se aplicam a cada um dos componentes da Estrutura de Acção na GRH:

- directrizes
- sistemas
- práticas de liderança e gestão

Um sistema profissional de GRH tem que se basear em sólidas directrizes de GRH. Tanto o sistema como as directrizes de GRH exigem gestores de todos os níveis que, não só saibam gerir, mas que também pratiquem a liderança ao respeitarem os outros, se comunicarem bem, e

TABELA 2. Benefícios de um Sistema Sólido de GRH

| Benefícios para a organização | Benefícios para o funcionário |
|---|---|
| ■ Aumenta a capacidade da organização de reter o pessoal e alcançar seus objectivos<br>■ Aumenta o nível de desempenho dos funcionários<br>■ Usa as habilidades e conhecimentos dos funcionários de forma eficiente<br>■ Economiza custos devido à maior eficiência e produtividade dos trabalhadores<br>■ Melhora a capacidade da organização de lidar com as mudanças | ■ Dá maior clareza com relação às responsabilidades de cada função<br>■ Ajuda os funcionários a entenderem como seu trabalho se relaciona com a missão e os valores da organização<br>■ Aumenta o nível de equidade da remuneração dos funcionários, se comparada ao seu nível de responsabilidade<br>■ Ajuda a motivar os funcionários<br>■ Aumenta a satisfação dos funcionários no trabalho |

lutarem pelos direitos e necessidades do pessoal. Para ser eficaz, a autoridade organizacional de GRH deve ser atribuída a um gestor designado de GRH que seja membro da equipa superior de gestão e que participe integralmente da tomada de decisões estratégicas da organização.

A Tabela 2 resume os benefícios, tanto para as organizações como para os funcionários, de se ter um sistema sólido de GRH.

A Tabela 3 mostra as actividades que compõem os sistemas de GRH plenamente operacionais.

### O PAPEL DOS GESTORES QUE LIDERAM

Como muitas organizações têm uma capacidade de GRH limitada, os gestores individuais geralmente não dispõem de directrizes e sistemas organizacionais para orientá-los e apoiar o seu trabalho. A falta de directrizes e sistemas de GRH realmente sólidos tornam as boas práticas de liderança e gestão essenciais para criar a estrutura, supervisão de apoio, equidade e defesa dos direitos dos funcionários. Ao focalizar essas actividades, poderá aumentar a satisfação, desempenho e retenção de trabalhadores em sua unidade, departamento ou grupo de trabalho, mesmo se as directrizes e sistemas de GRH não estiverem ainda plenamente desenvolvidos.

## A GRH como uma questão de liderança

Tanto nas organizações públicas como privadas, onde não se deu ainda atenção suficiente à GRH, a introdução de melhorias começa pela liderança. Definimos liderança em GRH como "o planeamento e uso eficiente dos recursos humanos para trazer os resultados esperados". Para ter esse papel de liderança, os gestores precisam assumir responsabilidades, orientar o desenvolvimento de parcerias estratégicas com outros grupos de interesse importantes, influenciar os tomadores de decisões públicas, e forjar novos rumos para a GRH na organização.

### USO DAS PRÁTICAS DE LIDERANÇA E GESTÃO

Como gestor comprometido com a melhoria da GRH, você poderá fazer um bom uso das práticas de liderança e gestão detalhadas no Capítulo 2 deste manual, como recursos que o/a ajudarão a alcançar os objectivos e prioridades de GRH de sua organização.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

TABELA 3. Elementos dos Sistemas de GRH

| Função | Componente |
|---|---|
| Capacidade de GRH | ■ Orçamento de GRH<br>■ Pessoal de GRH<br>■ Planeamento de RH |
| Política e práticas de pessoal | ■ Sistema de classificação de funções<br>■ Sistema de remuneração e benefícios<br>■ Recrutamento, contratação, transferência e promoção<br>■ Programa de orientação<br>■ Manual de políticas/directrizes<br>■ Procedimentos disciplinares, rescisão de contracto e resolução de queixas<br>■ Programa de prevenção de VIH/SIDA no local de trabalho<br>■ Relações com os sindicatos<br>■ Cumprimento das leis laborais |
| Dados de GRH | ■ Dados dos funcionários<br>■ Informatização dos dados<br>■ Arquivos pessoais |
| Gestão do desempenho | ■ Retenção do pessoal<br>■ Descrições das funções<br>■ Supervisão do pessoal<br>■ Planeamento do trabalho e exame do desempenho |
| Formação | ■ Formação do pessoal<br>■ Desenvolvimento da liderança e gestão<br>■ Vínculos com a formação externa após a entrada no serviço |

Pode-se aplicar as práticas de **liderança** à GRH de muitas formas. Por exemplo, você poderia:

- **explorar** o conhecimento mais actual sobre a situação de GRH em sua organização, as práticas actuais, experiências e tendências no ambiente, ao usar instrumentos tais como:
  - o Inquérito de Satisfação dos Funcionários (descrita neste capítulo);
  - a Ferramenta de Avaliação Rápida da GRH (descrita neste capítulo);
  - a Ferramenta de Avaliação do Clima de Trabalho;
- **focalizar** as questões e acções de GRH que servirão à missão, estratégias e prioridades de sua organização;
- **alinhar e mobilizar** o tempo e energia dos grupos de interesse e do pessoal, bem como os recursos financeiros e materiais;
- **inspirar** o pessoal a se comprometer com uma aprendizagem contínua de modo que possam se adaptar às mudanças do ambiente e ter um desempenho efectivo, para atingir os objectivos da GRH.

Pode-se usar as práticas de **gestão** para:

- **planear** como distribuir recursos, responsabilidades e prazos para alcançar resultados em GRH;

- **organizar** as pessoas, estruturas, sistemas e processos para implantar o plano de GRH;
- **implementar** actividades de forma eficiente, eficaz e responsável para atingir os resultados de GRH;
- **monitorar e avaliar** as conquistas e resultados de GRH em comparação com os planos, actualizar constantemente as informações de GRH, e usar a retroinformação para ajustar os planos, estruturas, sistemas e processos para obter resultados futuros.

### A LIDERANÇA É ESSENCIAL EM TODOS OS NÍVEIS

A capacidade de determinar e implementar prioridades nacionais num dado contexto político é essencial ao progresso sustentável. Esta função crítica de liderança não pode ser importada de fora: ela deve ser desenvolvida e cultivada em cada país.

A liderança não é domínio exclusivo de um grupo pequeno e selecto de homens e mulheres excepcionais. Você e os membros de sua equipa podem aprender juntos a serem líderes, ao confrontar os desafios que os forçam a ir além dos seus limites. Para fazer isto, precisará do apoio e retroinformação dos colegas, supervisores, mentores, familiares e todos aqueles a quem respeitam e admiram. As habilidades de liderança não são desenvolvidas isoladamente e as pessoas também não podem liderar isoladamente.

As organizações precisam de líderes fortes, tanto aqueles que têm responsabilidade directa pela GRH como os líderes de nível superior da organização, para apoiar e integrar todas as áreas de GRH. Os líderes podem imbuir o sistema de uma filosofia positiva e centrada no pessoal, e um conjunto de valores que vê os funcionários, primeiro como seres humanos com direito à justiça, respeito, reconhecimento e apoio e, em segundo lugar, como um património da organização.

Consulte o sumário técnico de um Projecto de Capacidade para obter uma visão abrangente sobre os problemas de GRH que contribuem à crise dos trabalhadores de saúde, acções estratégicas que devem ser empreendidas para tratar desses desafios, e ideias inovadoras para fortalecer a GRH.

## As práticas de GRH que aumentam a satisfação dos funcionários

Muitos factores influenciam a satisfação de um/a funcionário/a com seu trabalho. As pessoas precisam ter uma remuneração justa, mas as pesquisas demonstram que o dinheiro, por si só, não melhora necessariamente o desempenho ou a satisfação no trabalho. Um salário justo, combinado com outros ingredientes críticos, entre eles um trabalho que contribua aos objectivos da organização, o respeito dos colegas de trabalho, uma relação com o supervisor que se baseia no respeito mútuo e em oportunidades de desenvolvimento das aptidões, podem manter os funcionários satisfeitos. Por sua vez, essa satisfação é um factor crítico na retenção dos trabalhadores de saúde e na melhoria do seu desempenho.

A maioria dos funcionários faz cinco perguntas básicas sobre seu ambiente de trabalho:

1. Estou a ser tratado de forma justa?
2. Qual é o trabalho que devo executar?
3. Estou a executar meu trabalho correctamente?
4. Meu trabalho é importante para a organização?
5. Como posso me desenvolver dentro da organização?

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

Um sistema eficaz de GRH e a presença de gestores que praticam uma boa GRH podem ajudar a criar um ambiente que contribui com respostas positivas às perguntas 1 a 5 e que, portanto, contribuem à satisfação dos funcionários, ao bom desempenho, e à retenção dos mesmos. Nesta secção do capítulo, discutimos cada pergunta e propomos acções concretas que pode empreender para melhorar o ambiente de trabalho em sua unidade ou organização.

## 1. ESTOU A SER TRATADO DE FORMA JUSTA?— COMO ESTABELECER EQUIDADE NO LOCAL DE TRABALHO

Vários factores contribuem à percepção de equidade por parte dos funcionários, ou seja, como eles sentem-se que são tratados quanto a:

- salário e remuneração total (especialmente importante);
- processo de contratação;
- aplicação quotidiana das directrizes de pessoal;
- questões tais como género, idade, incapacidade;
- distribuição do trabalho entre os funcionários;
- apoio aos funcionários e reconhecimento de suas contribuições.

**Estabeleça salários e procedimentos de recrutamento equitativos.** Ao desenvolver um sistema integrado de GRH, é importante examinar a classificação das funções em sua organização, bem como as escalas de salários relacionadas à classificação, para ter certeza de que os salários são adequados ao nível de responsabilidade e são competitivos com relação às condições económicas locais. Talvez você não possa fazer muito para aumentar os níveis gerais de salário, mas deve empreender todas as acções que puder para que as pessoas, em geral, recebam uma remuneração justa e equitativa, dentro das limitações de recursos e das directrizes da política de pessoal em curso. Também deve procurar ser transparente no processo de contratação ao adoptar procedimentos de recrutamento que sejam claros e justos.

A presença de grandes agências doadoras, tais como o Fundo Global de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária, e o Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Combate à SIDA (PEPFAR), entre outros, poderá dificultar o controlo dos salários do pessoal, já que esses programas geralmente remuneram o pessoal a níveis muito superiores aos de seus congéneres. Esse desequilíbrio tem o potencial de drenar pessoal de sua organização ou provocar sérios problemas de moral, se os membros da sua equipa estiverem a trabalhar lado a lado com outros indivíduos cujo nível salarial é muito superior. Se enfrentar esse tipo de situação, é importante tentar chegar a um acordo equitativo, mesmo que seja temporário e dure só enquanto durar o programa.

**Promova a aplicação das políticas com justiça.** Os gestores de GRH também são responsáveis por garantir que os outros gestores e toda a equipa apliquem as políticas de pessoal de forma justa no dia-a-dia da organizaçãoe distribuam as tarefas e as responsabilidades aos funcionários de forma equitativa. Nas questões de equidade, comunique sempre as informações apropriadas a todos os funcionários, ajude-os a avançar, e comporte-se de maneira transparente.

**Aprenda mais sobre a equidade.** Para obter mais informações sobre os sistemas que promovem a equidade no local de trabalho, procure a secção intitulada "Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos para a Saúde" no Centro de Recursos Electrónicos *(Electronic Resource Center)* do *Manager* e clique nos seguintes subtítulos sob o Kit de Recursos de GRH:

- Elaboração de um Sistema de Classificação de Funções, o qual inclui uma metodologia de análise de funções e exemplos de uma estrutura de classificação de funções;
- Preparação de uma Política Salarial;
- Políticas de Recrutamento e Contratação;
- Políticas de Orientação do Pessoal.

## 2. QUAL É O TRABALHO QUE DEVO EXECUTAR?— DEFINIÇÃO DAS RESPONSABILIDADES DA FUNÇÃO E PRIORIDADES DE TRABALHO

As pessoas querem respostas específicas a esta pergunta. Em muitos casos, as descrições de funções são vagas ou não existem, os supervisores não especificam suas expectativas, ou os gestores contratam as pessoas para fazer um trabalho mas, depois, lhes pedem para fazer outro. Se os funcionários não entendem as prioridades do trabalho ou se os supervisores mudam as prioridades com muita frequência, fica difícil para o pessoal manter um nível consistente de produtividade e se convencer do seu próprio valor.

**Certifique-se de que as descrições de função estão completas e actualizadas.** Um passo que você pode tomar para fortalecer a GRH é procurar garantir que sua equipa tenha as descrições actualizadas das funções, com informações sobre deveres e responsabilidades gerais e específicos, bem como suas relações de supervisão. As descrições de função também lhe dão um ponto de partida para desenvolver os planos de trabalho com os funcionários.

> Poderá encontrar mais informações sobre o propósito, os componentes e a elaboração das descrições das funções, inclusive modelos, em "Elaboração das Descrições de Funções", secção à qual pode também aceder a partir da página Ferramenta de Gestão do Desempenho do Centro de Recursos Electrónicos.

**Esclareça as responsabilidades actuais.** Apesar de serem essenciais, as descrições de funções são, muitas vezes, gerais. A maioria dos funcionários não tem que exercer todas as funções listadas em suas descrições de funções todo o tempo. Além disso, as descrições de funções geralmente não identificam que responsabilidades específicas ou que objectivos de desempenho são prioritários, em um dado período.

Os supervisores e seus subordinados devem se reunir e chegar a um acordo sobre as obrigações que são as mais importantes num determinado momento. Isto também pode servir de base a uma avaliação anual de desempenho e dá, a ambas as partes, a oportunidade de identificar se o pessoal precisa de alguma formação especial para que possam alcançar os objectivos planeados.

**Use a transição de tarefas de forma bem pensada.** A transição de tarefas é geralmente vista como uma forma de delegar as tarefas de um quadro a um quadro de nível mais baixo no escalão inferior, ou ainda a um outro quadro qualquer, para atender às metas específicas de atendimento de saúde. Este método é particularmente comum ao prestar serviços de tratamento anti-retroviral aos clientes seropositivos.

Apesar de esta abordagem poder expandir grandemente a prestação de serviços, ela pode também fazer com que parte do pessoal termine por se sentir sobrecarregado, se lhes for pedido que assumam novas tarefas sem levar em consideração suas outras obrigações. Para evitar essa situação de estresse e, ao mesmo tempo, obter os benefícios da transição de tarefas, esclareça melhor os papéis junto ao pessoal e equilibre as demandas que competem pelo tempo que eles dedicam ao trabalho.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

## 3. ESTOU A EXECUTAR MEU TRABALHO CORRECTAMENTE?— COMO ENCORAJAR UM MELHOR DESEMPENHO ATRAVÉS DA RETROINFORMAÇÃO

Os funcionários necessitam de uma retroinformação regular sobre o seu desempenho na função. A ansiedade gerada pelo temor de não apresentar um desempenho tão bom quanto esperado pode ter um impacto directo na sua motivação e produtividade e, geralmente, resulta em negação e evasão de responsabilidades.

**Ofereça uma retroinformação contínua.** Os funcionários devem receber retroinformação através de uma avaliação anual do desempenho, mas o reconhecimento do bom desempenho deve ocorrer regularmente, não só uma vez por ano. Como gestor, você deve encorajar os supervisores e todo o pessoal a reconhecer os colegas por seus esforços e agradecer-lhes por um trabalho bem feito. É impressionante como o reconhecimento e o agradecimento podem aumentar a motivação e o desempenho entre os funcionários.

O pessoal também precisa saber se está a se desempenhar segundo as expectativas. Apesar dos supervisores hesitarem em ter essas conversas, elas não precisam ser de confronto ou críticas. Ao invés disso, elas podem ser uma oportunidade para dar orientação profissional, oferecer apoio, resolver mal-entendidos, esclarecer as expectativas mútuas e metas.

**Verifique pelo menos uma vez por semana o pessoal que está a passar por problemas mais sérios.** Veja como eles progridem. Não vale a pena esperar até uma avaliação anual de desempenho para tentar resolver questões mais prementes do momento. Os erros de conduta mais sérios, que colocam a organização em risco, tais como roubo, fraude ou assédio sexual, precisam ser documentados e tratados prontamente, de acordo com as directrizes de sua organização. O Capítulo 7 deste manual, na secção intitulada "Conflitos de Interesses e Conduta Antiética", oferece uma discussão posterior sobre este tópico.

**Organize avaliações anuais de desempenho.** Seu departamento ou gestor de GRH tem um papel essencial no sistema formal de avaliação anual dos funcionários. O gestor de GRH é responsável por assegurar que todos os supervisores compreendam e sigam as directrizes e os procedimentos relacionados à avaliação anual. Nas organizações menores, onde não há um departamento formal de GRH, um gestor de nível sénior poderia assumir essa responsabilidade.

Como parte da avaliação anual, o supervisor e o funcionário podem participar de uma reunião de planeamento do trabalho e chegar a um acordo quanto às prioridades da função e os objectivos mensuráveis de desempenho. Esses objectivos previamente acordados se tornam a base da próxima avaliação de desempenho (geralmente em 12 meses). Se usar também o sistema de avaliação do desempenho como base para a criação de planos de desenvolvimento pessoal para os seus funcionários, isto o/a ajudará a alinhar os esforços de desenvolvimento do pessoal com os objectivos de sua organização, de uma forma mais eficiente.

A ausência de um departamento de GRH e/ou de um sistema formal de avaliação anual dos funcionários não é razão para não se realizar reuniões regulares de planeamento do trabalho e reuniões de avaliação do desempenho com o seu pessoal. Desenvolva suas próprias práticas e sistemas; outros gestores poderão usá-los também e, com o tempo, eles podem se tornar parte do sistema de GRH de toda a organização.

**Associe as avaliações de desempenho com incentivos.** As avaliações de desempenho devem estar ligadas ao sistema de incentivos monetários de uma organização. Todos devem receber o aumento relativo ao custo de vida, mas uma pequena percentagem adicional deve estar disponível apenas para as pessoas que atendam ou superem os padrões de desempenho.

Esta é uma função essencial da GRH; ela mostra ao pessoal que seu trabalho é levado seriamente, que serão responsabilizados pelo mesmo, e que suas contribuições às metas da organização serão devidamente valorizadas.

**Aprenda mais sobre retroinformação.** Alguns recursos úteis, exemplos de alguns países, e uma ampla informação sobre o desenvolvimento de sistemas e práticas que promovem a retroinformação, controlam os conflitos, e melhoram a motivação do pessoal, podem ser vistos em "Supervisão e Apoio do Seu Pessoal" no Centro de Recursos Electrónicos.

## 4. MEU TRABALHO É IMPORTANTE PARA A ORGANIZAÇÃO?— COMO TORNAR O TRABALHO MAIS SIGNIFICATIVO

Quando os funcionários podem responder a esta pergunta com um enfático "Sim", eles são mais produtivos. Para muitas pessoas, ter as habilidades e competências e se desempenhar bem não são motivações suficientes. Mais do que isso, eles precisam estar convencidos de que seu trabalho é importante para as pessoas a quem servem, que é essencial para cumprir a missão e visão da organização, e que está relacionado ao seu sucesso.

**Comente e divulgue as contribuições dos funcionários.** Comunicar aos funcionários que seu trabalho é importante é um elemento essencial da GRH. Reconhecer um desempenho notável de uma equipa ou de pessoas específicas pode ser um factor de motivação particularmente importante. Informalmente, isto pode ser conseguido nas reuniões de pessoal, quando o director ou chefe da unidade reconhece as realizações e contribuições de todos. Também pode ocorrer em reuniões mais públicas, em boletins noticiosos da organização, ou nos próprios meios de comunicação.

**Ofereça oportunidades de desenvolvimento pessoal.** Se puder oferecer oportunidades de formação e desenvolvimento, de representar a organização ou unidade de trabalho em eventos especiais, ou de contribuir a projectos ou iniciativas especiais, estas são ferramentas motivacionais particularmente eficazes. Além disso, envolver o pessoal nas actividades de planeamento e avaliação do trabalho fará com que o pessoal se sinta mais "dono" do seu trabalho e tenha mais orgulho em fazer parte da organização e contribuir ao seu sucesso.

**Ajude a moldar os objectivos estratégicos da organização.** A GRH tem um papel crucial no planeamento estratégico. Ao procurar entender as prioridades de sua organização e as aptidões diferentes dos funcionários, fica mais claro como cada pessoa pode contribuir para atingir as metas da organização. Este entendimento permitirá que o pessoal elabore planos de trabalho que associam o seu trabalho com essas metas. O Capítulo 5 deste manual oferece informações detalhadas sobre o planeamento estratégico.

**Preste atenção ao clima de trabalho.** O clima de trabalho é a atmosfera prevalente que os funcionários vivenciam de como é trabalhar num determinado grupo. Suas acções contribuem directamente para criar um clima positivo de trabalho. As práticas de liderança e gestão que oferecem maior clareza, apoio e desafio contribuem para um clima de trabalho positivo. Um clima de trabalho positivo aumenta o nível de esforço que os funcionários exercem, além das expectativas da função, e propicia e sustenta a motivação e o alto desempenho dos funcionários.

**Aprenda mais sobre o clima de trabalho.** Para obter mais informações sobre a criação de um clima de trabalho significativo e a avaliação do clima de trabalho em sua organização, leia o número da publicação "The Manager" com o título de "Criação de um clima de trabalho que motiva o pessoal e melhora o desempenho".

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

## 5. COMO POSSO ME DESENVOLVER NA ORGANIZAÇÃO?— OFERTA DE OPORTUNIDADES DE CRESCIMENTO AO PESSOAL

As pessoas se sentem motivadas e desafiadas quando têm oportunidades para aprender, desenvolver novas habilidades e assumir novas responsabilidades que lhes permitirão avançar em suas carreiras. Essas oportunidades de desenvolvimento podem também ser uma forma importante de reconhecer os funcionários. Participar de formações e outras actividades em que as pessoas trocam informações e lições aprendidas, e dão o valor necessário às experiências umas das outras, aumenta a colaboração e o trabalho de equipa e pode melhorar o desempenho geral e a produtividade.

**Incorpore a formação ao sistema de GRH.** Muitas vezes, a formação é tratada separadamente da função de GRH, mas seria melhor que o desenvolvimento do pessoal fizesse parte do sistema de GRH. Assim, os gestores poderiam tomar decisões sobre a formação de acordo com um plano e não de uma maneira aleatória ou só quando surgem oportunidades. Uma formação mal administrada pode levar a ausências muito prolongadas do trabalho, o pessoal pode se inscrever no programa de formação errado, ou serem excluídos de oportunidades de formação que seriam apropriadas para o seu desenvolvimento profissional.

Um departamento de GRH pode introduzir novas abordagens de formação que minimizam o tempo que os funcionários passam longe do escritório, tais como:

- aprendizagem durante o próprio trabalho, através de relações de mentoria;
- execução de tarefas em diferentes ambientes de trabalho;
- participação como membros de grupos de trabalho e comités;
- apresentações técnicas em reuniões do pessoal;
- discussão de leituras distribuídas (por ex., um estudo de caso ou um artigo de uma publicação especializada) nas reuniões de pessoal;
- participação em programas de aprendizado virtual online.

Em vez de um sistema improvisado e pouco transparente, o Departamento de GRH deve organizar um sistema baseado nas necessidades reais da organização e do seu pessoal. Ele deve também estabelecer critérios claros de elegibilidade e selecção. Um programa bem administrado de formação e desenvolvimento de pessoal, que se baseie em necessidades organizacionais e requisitos claros de elegibilidade, pode ampliar as aptidões e competências do seu pessoal e produzir muitos benefícios. O anúncio e divulgação de oportunidades de trabalho e formação dentro da organização e o apoio aos candidatos internos passará a mensagem de que a organização valoriza a experiência do pessoal.

Mesmo que haja um plano de formação em funcionamento, é preciso sempre procurar identificar oportunidades de desenvolvimento que sejam as mais apropriadas para cada indivíduo do quadro de pessoal, a depender de suas obrigações e de seu potencial de crescimento profissional. Não é preciso ter um departamento de GRH para fazer isto. Você próprio pode orquestrar esse processo, sempre atento para tratar equitativamente cada membro do quadro.

**Aprenda mais sobre o desenvolvimento do pessoal.** Para obter mais informações sobre como determinar as necessidades de desenvolvimento do pessoal, como fazer a avaliação das necessidades de formação, e como projectar, planear e avaliar os programas de formação, além de outros assuntos correlatos, verifique os links da página "Formação para um Desempenho Eficaz" do Centro de Recursos Electrónicos.

## Os programas de incentivo promovem a satisfação e a motivação dos funcionários

O inquérito dos factores que contribuem à satisfação e motivação dos funcionários acumulou uma forte evidência de que as organizações devem oferecer uma combinação de incentivos tanto financeiros como não financeiros. Vários estudos mostram que os incentivos financeiros bem dimensionados e administrados têm o efeito de prevenir a insatisfação dos funcionários, mas não necessariamente levam à motivação dos mesmos. É a combinação dos incentivos financeiros e não financeiros que tanto previne a insatisfação como motiva o pessoal.

### DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS DE INCENTIVO

Um bom sistema de incentivo fornece:

- incentivos financeiros básicos, tais como remuneração, salários e condições de emprego razoáveis;
- incentivos financeiros adicionais, se for apropriado (por ex., pela realização das metas ou porque o funcionário foi enviado para trabalhar num local remoto);
- incentivos não financeiros (por ex., fornecer um ambiente positivo de trabalho, criar arranjos flexíveis de emprego, apoiar o desenvolvimento profissional, oferecer recompensas intrínsecas de trabalho).

### TIPOS DE INCENTIVOS

O Quadro 1 mostra exemplos dos tipos de incentivos que se encaixam em cada uma das duas categorias.

Além disso, o sistema de incentivos deve:

- ter objectivos claros e estratégias bem elaboradas que correspondem às finalidades da organização;
- ser realista e contextualmente apropriado;
- reflectir as necessidades e preferências dos profissionais de saúde;
- ser justo, equitativo e transparente;
- ser monitorado regularmente para ver se está a funcionar correctamente.

Se desejar saber mais sobre os programas de incentivos, o documento "Directrizes: Incentivos para Profissionais de Saúde", produzido pela Aliança Global da Força de Trabalho de Saúde, oferece informações detalhadas sobre incentivos para profissionais de saúde.

## Gestão do pessoal voluntário

Em muitos sistemas de saúde, os membros pagos do quadro de pessoal não são as únicas pessoas a prestar serviços. Os trabalhadores de saúde comunitários e os voluntários da comunidade, além de outros pessoas não remuneradas, também estão envolvidos nos cuidados de saúde. Alguns recebem um pequeno salário ou estipêndio, mas muitos não são pagos.

Os voluntários e pessoal não pago são uma parte crítica da educação e atendimento básico de saúde em muitos países. Da mesma forma que o pessoal pago, eles têm que contar com o apoio de boas directrizes, sistemas e práticas de GRH.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## QUADRO 1. Tipos de Incentivos

### Incentivos financeiros

**Termos e condições de emprego**

- Salário/remuneração
- Pensão
- Seguros (ex. saúde)
- Estipêndios (ex. habitação, vestuário, transporte, estacionamento, cuidados de crianças)
- Férias pagas (ex. feriados, férias, licenças de saúde)

**Pagamentos por desempenho**

- Alcance das metas de desempenho
- Tempo de serviço
- Local ou tipo de trabalho (ex. sítios remotos)

**Outros apoios financeiros**

- Bolsas
- Empréstimos

### Incentivos não financeiros

**Ambiente de trabalho positivo**

- Autonomia de trabalho e clareza dos papéis e responsabilidades
- Reconhecimento do trabalho e das realizações
- Sistemas de gestão interessada e estruturas de pares
- Carga de trabalho razoável e gestão eficaz da carga de trabalho
- Gestão eficaz dos riscos de segurança e saúde ocupacional, incluindo um local de trabalho limpo e seguro
- Representação e comunicação eficaz aos funcionários
- A política de oportunidades iguais é cumprida
- Licença maternidade/paternidade
- Horas de trabalho flexíveis
- Licenças sabáticas ou pausas na carreira

**Apoio ao desenvolvimento**

- Supervisão eficaz
- Estruturas de orientação profissional e mentoria
- Acesso e suporte à formação e educação
- Licenças sabáticas e de estudo

**Acesso aos serviços**

- Saúde
- Creches e escolas
- Instalações recreativas
- Habitação
- Transportes
- Outros serviços

**Recompensas intrínsecas**

- Satisfação no trabalho
- Realização pessoal
- Compromisso com os valores comuns
- Respeito pelos colegas e comunidade
- Participação como membro de uma equipa e sentido de pertencer a algo

*Fonte:* Usado sob permissão. Aliança Global da Força de Trabalho de Saúde/OMS, 2008, p. 12.

Os princípios e práticas da boa GRH começam com o planeamento dos recursos humanos, considerando a capacidade com que os voluntários contribuirão à força de trabalho geral. Da mesma forma que se preparam descrições de funções para o pessoal pago, é preciso preparar âmbitos claros de trabalho para os voluntários, para que todos percebam seus papéis. Como discutido no Capítulo 3, isto também é verdadeiro para os voluntários, incluindo membros do conselho de administração, que não prestam serviços directamente.

Os voluntários devem ser seleccionados, da mesma forma como se faz para o pessoal pago, para garantir que tenham as habilidades ou o potencial para executar seu trabalho e que o trabalho seja mutuamente benéfico para o voluntário e para a organização. Ter um sistema em funcionamento para seleccionar e designar o pessoal voluntário é também uma evidência de que o trabalho desse pessoal é considerado valioso para a organização e que seu tempo é bem gasto ao planear cuidadosamente para isso.

Por definição, os voluntários não recebem um salário, mas eles precisam receber dinheiro para cobrir suas despesas diárias ou quaisquer custos relacionados ao seu trabalho. Além disso, os incentivos não financeiros—ambiente positivo de trabalho, respeito pessoal e apoio ao desenvolvimento das pessoas—são particularmente relevantes para o pessoal não pago. Outros incentivos não financeiros incluem as ferramentas necessárias ao seu trabalho, tais como bicicletas, listas de verificação, materiais educacionais, ou artigos básicos. Eles podem ser recompensados e reconhecidos ao receberem artigos tais como camisas ou sacolas impressas com o logótipo de sua organização.

A supervisão deve ser uma parte do seu sistema de voluntariado. Todo voluntário precisa do apoio de uma pessoa que possa oferecer orientação, avaliar o desempenho, tratar de problemas de desempenho, recompensar as pessoas por suas conquistas, e cancelar o serviço do voluntário, se necessário.

## Uso de um inquérito para aperfeiçoar as políticas e práticas de GRH

O Inquérito o de Satisfação de Funcionários no Quadro 2 é um questionário que mede a satisfação dos funcionários com relação a cinco aspectos do ambiente de trabalho descritos anteriormente, a saber:

1. responsabilidades da função e prioridades do trabalho;
2. encorajamento (através da retroinformação) por um bom desempenho;
3. trabalho significativo;
4. equidade no local de trabalho;
5. oportunidades de crescimento.

### COMO DEFINIR A SATISFAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS

A satisfação pode ser descrita como a percepção que os funcionários têm de seu bem-estar no ambiente de trabalho. Ela é o resultado de uma combinação de recompensas financeiras e não financeiras, e está intimamente ligada ao desempenho dos funcionários e à retenção daqueles de maior valor para a organização. As mudanças positivas dos sistemas de GRH e as interacções entre gestores, supervisores e funcionários sobre questões de GRH podem aumentar grandemente a satisfação dos últimos.

Existe disponível uma versão do inquérito em ficheiro Adobe Acrobat (PDF).

**QUADRO 2. Modelo de Inquérito de Satisfação dos Funcionários**

Prezado Funcionário,

O director e o departamento de GRH estão interessados em entender melhor seu nível de satisfação com diferentes aspectos da organização. Sua contribuição e comentários neste questionário nos ajudarão a implantar melhorias em nossas políticas e práticas de GRH. Agradecemos por dedicar alguns minutos para responder às seguintes 10 perguntas. Suas respostas serão mantidas confidenciais. Por favor, envie os questionários de volta para_____até_____.

Obrigado.

**Instruções:** Para cada uma das frases abaixo, faça um círculo em torno do número que melhor representa sua opinião.

| Pergunta | Escala = 1–5 (Discordo totalmente = 1; Concordo plenamente = 5 |
|---|---|
| 1. Meu salário é justo comparado ao de outros funcionários com o mesmo nível de responsabilidade. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Meus benefícios são justos comparados aos de outros funcionários do meu nível. | 1 2 3 4 5 |
| 3. A descrição da minha função é correcta e está actualizada. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Meu supervisor e eu concordamos sobre as prioridades do meu trabalho. | 1 2 3 4 5 |
| 5. Recebo uma retroinformação clara do meu supervisor sobre o nível do meu desempenho. | 1 2 3 4 5 |
| 6. A avaliação anual do meu desempenho se baseia nas prioridades do meu plano de trabalho. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Meu supervisor busca minha contribuição quando ele/ela se enfrenta com um desafio ou problema. | 1 2 3 4 5 |
| 8. A organização reconhece e valoriza meu trabalho. | 1 2 3 4 5 |
| 9. A organização me fornece a orientação profissional e a formação necessárias para eu fazer meu trabalho. | 1 2 3 4 5 |
| 10. A organização procura (dentro do possível) abrir oportunidades para mim de desenvolvimento da carreira. | 1 2 3 4 5 |

## COMO USAR O INQUÉRITO

Você pode usar o inquérito para estabelecer dados de referência (linha de base) antes de começar a implantar melhorias no seu sistema de GRH. O mesmo questionário pode ser usado um ano mais tarde para medir o impacto das acções empreendidas. Os funcionários poderão responder a esse questionário em 10 minutos ou menos.

Se sua organização for pequena, poderá administrar o questionário a todos os membros do pessoal. Mas se for uma organização de grande parte e não for prático incluir a todos, deverá distribuir o questionário a uma amostra do pessoal seleccionada aleatoriamente, que represente de 15% a 20% da força de trabalho total. É importante incluir o pessoal de todos os níveis e departamentos e garantir que todas as respostas sejam mantidas de forma estritamente confidencial. Também poderá usar o questionário apenas com os membros da sua unidade, se quiser avaliar o nível de satisfação da unidade.

## Fortalecimento de GRH e Melhoria de Serviço em Acção — Exemplos de Moçambique, Quénia e Egipto

Intervenções em três países mostram como a melhoria dos aspectos da GRH levou à melhoria dos serviços e a resultados positivos de saúde.

### Moçambique: Criação de uma mentalidade proactiva de liderança em GRH

Numa província rural e pobre de Moçambique, constatou-se que os centros de saúde das áreas mais remotas prestavam serviços de saúde de baixa qualidade. Os problemas incluíam a falta de comunicação entre os níveis provincial e distrital, baixo moral dos funcionários, alta rotatividade do pessoal, e forte demanda de serviços combinada a uma constante de pessoal. O pessoal de nível superior concluiu que a causa principal desses problemas era a capacidade deficiente de recursos humanos em liderança e gestão em um sistema de atendimento de saúde que passava por rápida descentralização. (Alguns dos problemas apresentados pela descentralização são discutidos na secção do Capítulo 3 deste manual intitulada “Estruturas de governação dos níveis central, provincial e distrital”.)

O Programa de Desafios foi introduzido nos centros de saúde para engajar o pessoal no estabelecimento de metas e resolução de problemas. Ele integrou o fortalecimento da liderança ao trabalho do pessoal no seu dia-a-dia. Também desenvolveu aptidões em comunicações, orientação profissional e mentoria, negociação, motivação, trabalho de equipa e planeamento de acções. No processo, o programa gerou uma cultura de resultados e deu aos gestores e profissionais de saúde um sentido de controlo sobre suas acções.

Depois do programa, o pessoal não mais esperava para receber formação; eles agiam de forma proactiva e pediam formação nas áreas necessárias. O moral do pessoal melhorou enormemente através da criação de equipas participativas numa estrutura tradicionalmente hierárquica. Essas equipas enfrentaram desafios básicos tais como a melhoria da limpeza e da biossegurança, redução do tempo de espera pelos utentes, e aumento do número de partos assistidos. Apesar de não haver um orçamento operacional para a maior parte do programa, 10 dos 11 centros de saúde conseguiram alcançar a maioria de suas metas e melhoraram a qualidade dos serviços de saúde.

> Poderá encontrar mais informações sobre o desenvolvimento da liderança de GRH e práticas de gestão em uma organização sem infra-estrutura de GRH no website de Recursos Humanos de Saúde.

### Quénia: Envolvimento dos grupos de interesse para agilizar a contratação e melhorar a retenção

Apesar da existência de um contingente de pessoal de saúde desempregado no Quénia, só 50% dos cargos da maioria dos centros de saúde foram preenchidos. Uma distribuição desigual do pessoal deixou muitas pessoas seropositivas sem acesso à terapia anti-retroviral. Mesmo quando havia fundos disponíveis, geralmente levava de um a dois anos para preencher as posições vagas. O Quénia necessitava de uma abordagem de emergência para dinamizar o processo de contratação e mobilização.

Um grupo de interesse foi constituído para reunir líderes de vários sectores. Sua tarefa era a de criar e implementar um modelo de contratação e mobilização para colocar em campo 830 trabalhadores adicionais de saúde. Esse modelo usou o sector privado para recrutar novos trabalhadores de saúde entre as fileiras de desempregados e para administrar a folha de pagamento e os contratos de emprego, sob um acordo para transferir esse pessoal para o governo depois de três anos.

Como resultado do trabalho do grupo de interesse, o tempo do processo de recrutamento foi encurtado para menos de três meses. Uma vez colocados em campo os novos membros do pessoal, eles recebiam orientação detalhada quanto ao seu trabalho e recebiam seu pagamento pontualmente. Constatou-se que esses dois factores aumentavam a retenção e satisfação dos funcionários.

> Para obter mais informações sobre como estabelecer parcerias e promover compromisso e colaboração de forma a criar mudanças em GRH, visite o website de Recursos Humanos de Saúde.

*(continuação)*

**Egipto: Como conseguir uma melhoria de desempenho ao criar um clima de trabalho mais significativo**

O Programa de Desenvolvimento da Liderança (PDL), empreendido pelo Governo de Aswan, no Egipto Superior, procurou mudar as práticas de gestão das equipas nacionais, distritais e dos centros de saúde. O programa promoveu uma cultura de resolução de problemas e planeamento em equipas, supervisão interessada, retroinformação sobre desempenho, e responsabilidade e empoderamento pessoal. Os participantes aceitaram e aprovaram o PDL e mais de 100 centros de saúde participaram até o final do terceiro ano do programa.

Alguns dos resultados positivos em saúde pública foram:

- Em apenas um ano após os workshops iniciais de PDL, três distritos aumentaram o número de novas consultas de planeamento familiar em, respectivamente, 36%, 68% e 20%.
- A mortalidade maternal sob o Governo de Aswan reduziu-se, em um ano, de 50 por cada 100.000 nascimentos vivos a 35,5 por cada 100.000.
- Os trabalhadores locais de saúde ampliaram o PDL para incluir todos os centros de saúde de Aswan, e outras províncias adoptaram o programa ao usar recursos locais.

Um documentário sobre esse PDL mostra como as práticas de liderança e gestão de GRH criaram um clima de trabalho sustentável que permitiu aperfeiçoar os serviços e os indicadores de saúde.

Explique a finalidade do questionário e tranquilize o pessoal de que suas respostas serão mantidas totalmente confidenciais. Os resultados poderão lhe trazer importantes percepções em áreas do ambiente de trabalho que são a maior fonte de insatisfação, e você poderá começar a trabalhar para mudar esses aspectos negativos. Também passará a saber das áreas que fornecem o maior nível de satisfação e que, portanto, lhe interessa manter.

## Avaliação da capacidade de GRH de sua organização

Uma das formas mais importantes de estabelecer uma infra-estrutura de GRH é a de recolher as informações que lhe ajudarão a planear e implementar melhorias. Uma avaliação abrangente de GRH lhe ajudará a tratar das políticas, formação e gestão em sua organização de uma forma integrada. Para fazer isso, será preciso determinar as forças e fraquezas de sua organização, prioritizar as fraquezas, e desenvolver um plano de acção de GRH para tratar de seus desafios mais urgentes.

### USO DA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO RÁPIDA DE GRH

As organizações de qualquer porte ou nível de desenvolvimento podem usar a Ferramenta de Avaliação Rápida de GRH para as Organizações de Saúde (ver o Apêndice A deste capítulo) para avaliar a situação de sua infra-estrutura da GRH, identificar as áreas que precisam fortalecer, e empreender acções para melhorar essas áreas.

Sua avaliação deve examinar a infra-estrutura de GRH de sua organização em cinco áreas:

1. capacidade de GRH
2. políticas e práticas de pessoal
3. dados de GRH

4. gestão do desempenho
5. formação e desenvolvimento do pessoal

Anteriormente neste capítulo, a Tabela 3 mostrou os 22 componentes de GRH que se encaixam sob essas cinco áreas. A Tabela 4 explica porque cada componente é importante para o sistema de GRH e, portanto, para a gestão geral da organização.

A ferramenta de avaliação é organizada de acordo com essas áreas e componentes de GRH. Cada componente é seguido de uma descrição de quatro estágios possíveis de desenvolvimento, que variam do menos desenvolvido ao mais desenvolvido. As pessoas que respondem ao questionário indicam onde acham que suas organizações se encontram actualmente com relação a cada componente.

As características dos quatro estágios fornecem informações úteis para o desenvolvimento de um plano de acção para a sua organização aperfeiçoar as áreas de GRH que necessitam de fortalecimento.

## TRABALHO COM UMA EQUIPA DE BASE MAIS AMPLA

A avaliação de GRH pode se beneficiar de perspectivas diferentes dentro de sua organização. Você pode formar uma equipa com membros de diferentes departamentos e diferentes níveis para:

- conduzir a avaliação;
- discutir os resultados;
- prioritizar áreas de necessidades;
- elaborar um plano de acção;
- implementar o plano;
- gerar um apoio mais amplo para os esforços actuais de GRH em sua organização.

### A Ferramenta de Avaliação Rápida de GRH em Acção–Um Exemplo de Uganda

Em 2001, o Programa de Educação de Vida Familiar (PEVF) da Diocese Busoga passou a observar um aumento da rotatividade de pessoal e uma piora do desempenho geral da organização. O clima do local de trabalho era insatisfatório e cada vez menos pessoas procuravam os serviços. Uma avaliação externa constatou que o pessoal não estava a prestar serviços de saúde de qualidade aceitável.

Os líderes do PEVF utilizaram a Ferramenta de Avaliação Rápida de GRH, que pode ser vista no Apêndice A deste manual, para analisar as forças e fraquezas do seu sistema de GRH e determinar áreas que precisavam ser melhoradas. Usaram o resultado dessa avaliação para determinar as acções prioritárias necessárias para profissionalizar a abordagem de GRH e torná-la mais focada nas necessidades do PEVF. Revisaram e actualizaram o manual de políticas de pessoal; actualizaram os ficheiros de pessoal e os abriram às consultas do próprio pessoal; actualizaram as descrições de funções; desenvolveram um novo processo de avaliação do desempenho e de supervisão solidária; e melhoraram a comunicação entre as 40 clínicas que se encontravam geograficamente dispersas.

Dentro de 12 meses, um inquérito de satisfação de funcionários mostrou que o nível de satisfação e dedicação dos funcionários havia aumentado significativamente. Isto levou a uma menor rotatividade do pessoal e a um melhor desempenho. Os clientes do PEVF responderam bem a essas mudanças e o uso dos serviços de saúde aumentou.

Poderá encontrar mais detalhes sobre essa história de sucesso de GRH no website de Recursos Humanos para a Saúde.

TABELA 4. Importância dos Componentes de GRH

| Área e componente de GRH | Importância |
|---|---|
| **Capacidade de GRH** | |
| Pessoal de RH | ■ O pessoal dedicado a GRH é essencial ao desenvolvimento e implementação da política |
| Orçamento de GRH | ■ Permite um planeamento de RH coerente, e comparar custos com resultados |
| Planeamento de RH | ■ Permite o uso eficaz dos recursos de GRH em apoio às metas organizacionais |
| **Política e prática de pessoal** | |
| Sistema de classificação de funções | ■ Permite à organização padronizar as funções e tipos de habilidades de que necessita |
| Remuneração e sistema de benefícios | ■ Promove a equidade dos salários dos funcionários e permite que os benefícios estejam associados à economia local |
| Recrutamento, contratação, transferência e promoção | ■ Garante processos justos e abertos com base nas qualificações dos candidatos às posições |
| Programa de orientação | ■ Ajuda os novos funcionários a se identificarem com a organização e com suas metas/valores |
| Manual de políticas | ■ Oferece regras e regulamentos que regem como os funcionários trabalham e estabelece o que se espera deles |
| Procedimentos de disciplina, rescisão de contrato e resolução de queixas | ■ Oferece directrizes justas e coerentes para tratar dos problemas de desempenho |
| Prevenção do VIH e SIDA no local de trabalho | ■ Garante que todo o pessoal disponha dos sistemas e conhecimento necessário para evitar a disseminação do VIH e SIDA |
| Relações com sindicatos | ■ Promove o entendimento das metas comuns e reduz os comportamentos de confronto |
| Cumprimento da legislação laboral | ■ Permite que a organização funcione legalmente e evite litígios |
| **Dados de GRH** | |
| Dados dos funcionários | ■ Permite a distribuição e a formação adequadas dos funcionários e o acompanhamento dos custos de pessoal |
| Informatização dos dados | ■ Oferece dados acessíveis, precisos e oportunos, o que é essencial para o bom planeamento |
| Ficheiros pessoais | ■ Oferece dados essenciais sobre o histórico de trabalho dos funcionários na organização |
| **Gestão do desempenho** | |
| Retenção do pessoal | ■ Garante que a organização veja o pessoal como recursos estratégicos. A alta rotatividade do pessoal pode ser custosa e levar ao baixo moral interno. |
| Descrições das funções | ■ Define o que as pessoas fazem e como elas trabalham juntas. |
| Supervisão do pessoal | ■ Oferece um sistema para elaborar planos de trabalho e monitorar o desempenho |
| Planeamento do trabalho e exame do desempenho | ■ Oferece informações ao pessoal sobre as obrigações de cada função e o nível de desempenho |
| **Formação** | |
| Formação do pessoal | ■ Um forma de alto custo-benefício para desenvolver o pessoal e a capacidade organizacional |
| Desenvolvimento da liderança e gestão | ■ Liderança e boa gestão são essenciais à sustentabilidade |
| Ligação com a formação externa prévia ao início do serviço | ■ A formação pré-serviço com base nas habilidades necessárias no local de trabalho tem alto custo-benefício |

O trabalho em equipas transversais também ajuda a aumentar o reconhecimento de todo o pessoal pelas preocupações e prioridades da GRH.

Poderá aceder à Ferramenta de Avaliação Rápida de GRH e às directrizes para usá-la na Internet. O exemplo de Uganda descreve como a ferramenta ajudou uma organização desse país a melhorar o moral e o desempenho do pessoal e a aumentar o uso de seus serviços.

## Como revitalizar a GRH com as suas acções e o seu exemplo

As dimensões da crise de recursos humanos em saúde já foram relatadas seriamente em muitos artigos e publicações em anos recentes. Provavelmente já terá ouvido estatísticas e histórias sobre a emigração de muitos profissionais de saúde a cada ano de África para outros continentes, e de como o pessoal deixado para trás sofre com a sobrecarga de trabalho e o baixo moral.

Algumas pessoas acreditam que a resposta está em treinar mais pessoal de saúde. De facto, a formação é importante, mas não se pode criar uma força de trabalho sustentável simplesmente ao treinar mais pessoal de saúde e enviá-lo a ambientes mal administrados, porque o pessoal procurará abandonar esses ambientes na primeira oportunidade que surgir. Nenhuma organização de saúde, seja pública ou privada, pode realizar sua missão enquanto o pessoal continue a entrar e sair como se fosse por uma porta giratória.

As boas directrizes e sistemas de GRH e as boas práticas de liderança e gestão podem ser agentes poderosos de mudança. Podem transformar um clima de trabalho altamente insatisfatório, promover a satisfação no trabalho, motivar as pessoas a se desempenharem no mais alto nível, e aumentar a retenção do pessoal.

Já vimos que há resistência em investir na infra-estrutura de GRH quando as organizações só vêem os custos e não os benefícios, por isso é que a liderança de GRH é tão importante.

Os gestores que lideram têm uma visão do futuro; percebem que o pessoal é essencial a essa visão; e podem exigir a infra-estrutura correcta de GRH que é essencial para reter uma força de trabalho satisfeita e produtiva. Além disso, os gestores que "fazem exactamente o que pregam" e usam continuamente as práticas de liderança e gestão para promover a satisfação, o desempenho e a retenção dos funcionários, são verdadeiros modelos para o resto do pessoal. Eles podem inspirar os outros, em toda a organização, a mudar de comportamento.

Não é incomum que vários níveis do sistema de saúde não disponham de uma massa crítica de gestores—tanto em GRH como em geral—que saibam como liderar e influenciar essas mudanças dos recursos humanos dentro e fora de suas organizações. Se você e sua equipa instituírem uma sólida abordagem e boas práticas de GRH, as melhorias resultantes em termos de desempenho e serviços do pessoal levarão cada vez mais pessoas de sua organização a apoiar os seus esforços.

Muito ainda resta por ser feito. Recomendamos a todos que usem as ferramentas e abordagens que encontraram neste capítulo para fortalecer os componentes do sistema de GRH de sua organização. Ao fazê-lo, estarão a criar um clima positivo para os recursos humanos e a demonstrar que, mesmo com recursos limitados, o ambiente de trabalho, bem como o moral e o desempenho do pessoal, podem mudar para melhor.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

Não subestime o quanto você poderia realizar, ao trabalhar com seus colegas e basear suas recomendações em dados concretos reunidos e dentro de sua organização. No mundo inteiro, a liderança eficaz mobilizou pessoas influentes para promover a mudança positiva dos recursos humanos. Como gestor que lidera, você poderá indicar o melhor caminho para a sua organização.

## Praticas comprovadas

- Para alcançar resultados mensuráveis, o desenvolvimento de uma estratégia abrangente de gestão de recursos humanos, ligada à missão de sua organização, é mais eficaz do que trabalhar em uma só questão de RH de cada vez. As intervenções de RH de foco único não levam a melhorias sustentáveis em termos de retenção e desempenho do pessoal.

- A melhor forma de sustentar as mudanças de RH é ancorar as soluções nos sistemas de gestão quotidiana de sua organização.

- Como gestor, você e suas equipas de trabalho podem fazer um bom uso das práticas de liderança e gestão para explorar novas soluções na resolução dos problemas crónicos de GRH. Essas práticas os ajudarão a desenvolver parcerias estratégicas, influenciar os tomadores de decisões públicas, e traçar novos caminhos de GRH para a sua organização.

- Éimportante envolver todos os sectores relevantes—finanças, educação, funcionários públicos, governos locais e ONGs—no fortalecimento da GRH. Isto inclui comunicar-se regularmente com as agências doadoras para obter seu apoio e contribuição.

- Poderá usar a Ferramenta de Satisfação dos Funcionários para avaliar o nível de satisfação em sua organização e planear estratégias de RH para aumentar os níveis de satisfação.

- A Ferramenta de Avaliação Rápida de GRH ajudará a identificar as forças e fraquezas do seu sistema de GRH e a desenvolver um plano de acção.

- Um programa de incentivo de funcionários deve combinar incentivos financeiros e não financeiros para promover a satisfação no emprego e motivar os funcionários. Os incentivos não financeiros incluem oferecer um ambiente de trabalho positivo, arranjos flexíveis de emprego, desenvolvimento profissional e outras recompensas intrínsecas.

# Glossário de termos de gestão de recursos humanos

**avaliação do desempenho:** Exame do desempenho de um funcionário pelo supervisor e pelo funcionário, com base em planos de trabalho e em objectivos de desempenho estabelecidos conjuntamente.

**clima de trabalho:** É como os funcionários vivenciam directa ou indirectamente o local de trabalho—ou seja, o que representa trabalhar em uma organização ou grupo. O clima de trabalho é considerado como determinante do comportamento do funcionário.

**descrição da função:** Documento que define o título da função e descreve as responsabilidades da posição, a relação directa de supervisão com o resto do pessoal, e as habilidades e qualificações exigidas para a posição.

**discriminação:** No local de trabalho, é o acto de tratar um funcionário de forma injusta ou colocá-lo/a em desvantagem em comparação aos outros em situação similar, em função do género, condição física, etnia, ou outras características desse funcionário/a.

**gestão de desempenho:** directrizes, sistemas e procedimentos usados por uma organização para definir e monitorar o trabalho que as pessoas fazem e para garantir que as tarefas e prioridades dos funcionários apoiam a missão e metas da organização.

**gestão de recursos humanos (GRH):** Uso integrado das directrizes, sistemas e práticas de liderança e gestão para planear a contratação do pessoal necessário e para recrutar, motivar, desenvolver e manter os funcionários, de forma que a instituição ou organização possa atingir as suas metas.

**incentivos:** Recompensas, muitas vezes monetárias, usadas para recompensar o pessoal pelo bom desempenho e/ou para atrair o pessoal ao trabalho em áreas remotas e rurais.

**manual de política de emprego:** Documento colocado à disposição de todos os funcionários, que descreve as directrizes e procedimentos da organização, bem como outras expectativas que a organização tem dos funcionários, além de esclarecer os comportamentos aceitáveis e não aceitáveis.

**plano de desenvolvimento pessoal:** Tipicamente, um documento escrito e desenvolvido em conjunto pelo supervisor e o funcionário, que descreve os objectivos de desenvolvimento profissional do funcionário e/ou as actividades de formação dentro ou fora do trabalho que facilitarão o alcance desses objectivos.

**plano de recursos humanos:** Documento que resulta do planeamento anual (ou período mais longo) e que descreve as metas e prioridades da contratação de pessoal, formação e outras actividades de GRH e de como estas estão relacionadas à missão da organização. Inclui um orçamento para atingir essas metas.

**recrutamento:** Actividades empreendidas pela organização para atrair candidatos bem qualificados para as posições.

**remuneração e benefícios:** O salário básico anual pago aos funcionários por uma função particular de trabalho, inclusive os benefícios adicionais normalmente permitidos (ex., seguro de saúde, férias, alojamento, empréstimos, licença médica).

**sistema de classificação da funções:** Esquema que a organização desenvolve para classificar as funções de acordo com as suas obrigações e nível de responsabilidade. Inclui as descrições de funções para cada posição.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

## Referências e recursos

Adano, Ummuro. "The Health Worker Recruitment and Deployment Process in Kenya: An Emergency Hiring Program." *Human Resources for Health* vol. 6, no. 19, 2008, http://www.human-resources-health.com/content/6/1/19/ (acessado Julho 9, 2009).

Adano, Ummuro, Jim McCaffery, Paul Ruwoldt, and Barbara Stilwell. *Human Resources for Health: Tackling the Human Resource Management Piece of the Puzzle.* Technical Brief 14. Chapel Hill, NC: IntraHealth International, The Capacity Project, 2008, http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_14.pdf (acessado Julho 9, 2009).

Global Health Workforce Alliance/World Health Organization. *Guidelines: Incentives for Health Professionals*, 2008, Geneva: Global Health Workforce Alliance, http://www.who.int/workforcealliance/documents/Incentives_Guidelines%20EN.pdf (acessado Julho 9, 2009).

Management Sciences for Health. "Human Resources: Managing and Developing Your Most Important Asset." *The Manager* (Boston) vol. 8, no. 1, 1999, http://erc.msh.org/TheManager/English/V8_N1_En_Issue.pdf (acessado Julho 9, 2009).

———. "Developing Managers Who Lead." *The Manager* (Boston) vol. 10, no. 3, 2001, http://www.msh.org/resource-center/developing-managers-who-lead.cfm (acessado Julho 9, 2009).

———. "Creating a Climate that Motivates Staff and Improves Performance." *The Manager* (Boston) vol. 11, no. 3, 2002, http://erc.msh.org/newpages/english/leadership/work_climate.pdf (acessado Dez. 29, 2009).

———. *Managers Who Lead: A Handbook for Improving Health Services.* Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2005. www.msh.org/resource-center/managers-who-lead.cfm (acessado Abril 23, 2010).

———. *Human Resource Management Rapid Assessment Tool for Health Organizations*. 2nd edition. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2009, http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/HRM%20tool%202009%20final_intranet.pdf (acessado Julho 9, 2009).

———. "Strengthening Human Resource Management to Improve Health Outcomes." *The eManager* (Cambridge) no. 1, 2009, http://www.msh.org/sites/msh.org/files/emanager_2009no1_hrm_english.pdf (acessado Mar. 6, 2014).

Management Sciences for Health e Organização Mundial da Saúde. *Tools for Planning and Developing Human Resources for HIV/AIDS and Other Health Services.* Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2006. Pode-se encomendar este livro do website da MSH: http://www.msh.org/resources/tools-for-planning-and-developing-human-resources-for-hivaids-and-other-health-services (acessado Mar. 6, 2014).

O'Neil, Mary L. "Human Resource Leadership: The key to improved results in health." *Human Resources for Health,* vol. 6, no. 10, 2008, http://www.human-resources-health.com/content/6/1/10 (acessado Jan. 19, 2010).

O'Neil, Mary L., and Michael Paydos. "Improving Retention and Performance in Civil Society in Uganda." *Human Resources for Health* vol. 6, no. 11, 2008, http://www.human-resources-health.com/content/6/1/11 (acessado Julho 9, 2009).

Organização Mundial da Saúde. *The World Health Report 2006: Working Together for Health.* Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2006, http://www.who.int/whr/2006/en/ (acessado Julho 9, 2009).

Perry, Cary. "Empowering Primary Care Workers to Improve Health Services: Results from Mozambique's Leadership and Management Development Program." *Human Resources for Health* vol. 6, no. 14, 2008, http://www.human-resources-health.com/content/6/1/14/ (acessado Julho 9, 2009).

## ALÉM DISSO …

Management Sciences for Health. "Human Resources Management Resource Kit." Cambridge, MA: Management Sciences for Health, http://erc.msh.org/toolkit/Tool.cfm?lang=1&CID=5&TID=230. Este recurso online oferece materiais sobre os seguintes tópicos de GRH:

- Organização e contratação de pessoal para o Departamento de GRH
- Desenvolvimento de um sistema de classificação de funções
- Desenvolvimento de uma política salarial
- Directrizes de recrutamento e contratação
- Directrizes de orientação do pessoal
- Desenvolvimento de um manual de políticas de pessoal
- Desenvolvimento de um programa de prevenção de VIH & SIDA no local de trabalho
- Desenvolvimento de um sistema de planeamento e avaliação do desempenho
- Inventário de auto-avaliação das competências de supervisão
- Manual de supervisão
- Condução de uma avaliação das necessidades de formação
- Desenvolvimento de um plano anual de formação
- Avaliação da competência do instrutor
- Contratação externa para fins de formação

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

# APÊNDICE A. Uso da Ferramenta de Avaliação Rápida da Gestão dos Recursos Humanos

A *Ferramenta de Avaliação Rápida da Gestão de Recursos Humanos em Organizações de Saúde: Guia de Fortalecimento dos Sistemas de GRH,* introduzida em 1999 e mais tarde modificada com base na experiência de campo, tem sido utilizada por gestores de saúde em organizações públicas e privadas do mundo inteiro. A ferramenta salienta a importância de todas as funções de recursos humanos e as organiza de forma que as pessoas possam perceber facilmente como elas se interconectam. Sua premissa é de que essas funções devem ser integradas para contribuir o máximo de valor.

A aplicação da ferramenta estimula a comunicação sobre questões importantes entre unidades diferentes de uma organização. O uso dessa ferramenta o/a ajudará a canalizar essa comunicação para chegar a um acordo sobre que funções de GRH estão ou não a funcionar bem. Sua organização poderá então usar a ferramenta para refocalizar e fazer as melhorias necessárias.

Na introdução deste capítulo, definimos GRH como "o uso integrado de directrizes, sistemas e práticas de liderança e gestão para planear a contratação de pessoal necessário e para recrutar, motivar, desenvolver e manter funcionários de forma que a instituição ou organização possa atingir suas metas". Com base nessa definição, a GRH é responsável por uma ampla gama de funções, do recrutamento e contratação e desenvolvimento do pessoal, até a rescisão do contrato de trabalho. A GRH é mais eficaz quando sua autoridade está localizada no nível da administração superior de uma organização. Essa situação é apropriada porque as funções de RH tocam e fortalecem toda a organização ao usar experiências e conhecimentos que os gestores das unidades ou centros nem sempre dominam.

A Ferramenta de Avaliação Rápida de GRH identifica as características e capacidades de infra-estrutura de GRH de uma organização e ajuda a organização a elaborar um plano de acção para melhorar a sua infra-estrutura. A ferramenta usa uma matriz com:

- 5 grandes áreas de GRH;
- 21 componentes de recursos humanos;
- 4 estágios possíveis de desenvolvimento para cada componente;
- características de cada componente em cada estágio de desenvolvimento;
- espaços em branco onde os utilizadores podem indicar o estágio que consideram mais apropriado a cada componente;
- espaços em branco para descrever brevemente as circunstâncias específicas que evidenciam que a organização atingiu um estágio particular de desenvolvimento.

## USO DA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO RÁPIDA DE GRH PARA IDENTIFICAR O ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS DE GRH

**Componentes de GRH.** As 5 funções básicas de uma infra-estrutura eficaz de GRH têm de 3 a 9 componentes associados às mesmas e um total de 22 componentes entre elas (ver a Tabela A-1). Ao usar um grupo de características que descreve os estágios de desenvolvimento de GRH de cada componente, a ferramenta fornece um processo através do qual uma organização pode avaliar até que ponto está a funcionar bem com relação a cada componente e decidir que passos pode dar para funcionar de forma mais eficiente.

## TABELA A-1. Elementos dos Sistemas de GRH

| Função | Componente |
|---|---|
| Capacidade de GRH | ■ Orçamento de GRH<br>■ Pessoal de GRH<br>■ Planeamento de RH |
| Política de pessoal e práticas | ■ Sistema de classificação de funções<br>■ Sistema de remuneração e benefícios<br>■ Recrutamento, contratação, transferência e promoção<br>■ Programa de orientação<br>■ Manual de políticas/directrizes<br>■ Procedimentos disciplinares, de rescisão de contracto e de resolução de queixas<br>■ Programa de prevenção de VIH/SIDA no local de trabalho<br>■ Relações com os sindicatos<br>■ Cumprimento das leis laborais |
| Dados de GRH | ■ Dados dos funcionários<br>■ Informatização dos dados<br>■ Arquivos de pessoal |
| Gestão do desempenho | ■ Retenção do pessoal<br>■ Descrições das funções<br>■ Supervisão do pessoal<br>■ Planeamento do trabalho e exame do desempenho |
| Formação | ■ Formação do pessoal<br>■ Desenvolvimento da liderança e gestão<br>■ Ligação com a formação pré-serviço por meios externos |

## TABELA A-2. Exemplo de estágios de desenvolvimento

| Componente | Nível 1 | Nível 2 | Nível 3 | Nível 4 |
|---|---|---|---|---|
| Pessoal de GRH | Não há pessoal encarregado especificamente das funções de GRH | Há pessoal de GRH na organização, mas eles têm experiência limitada nesse campo (pessoal, recrutamento, gestão) e/ou têm outras funções na organização, além de GRH | Há pessoal formado em GRH na organização, mas apenas num nível suficiente para manter os procedimentos básicos e funções de manutenção de registos. | Há pessoal formado em GRH na organização para manter as funções de GRH. Eles participam do planeamento a longo prazo para a organização. |

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

**Estágios do desenvolvimento organizacional.** Na medida em que as organizações se expandem, fortalecem e amadurecem, elas evoluem através de vários estágios de desenvolvimento. A Tabela A-2 mostra um exemplo de um componente (no caso, o pessoal de GRH, um componente da capacidade de GRH). Os vários níveis no topo da tabela se referem aos estágios de desenvolvimento. As organizações passam por esses estágios em ritmos diferentes e tendem a permanecer num estágio particular até conseguirem finalmente elaborar uma missão clara, boas estruturas e sistemas de gestão, e gestores e pessoal hábeis que saibam usar essas estruturas e sistemas de forma eficaz.

A maioria das organizações se encontra em diferentes estágios de desenvolvimento quanto a diferentes componentes de GRH, em cada momento específico, porque esses componentes receberam níveis diferentes de atenção enquanto as organizações cresciam. Por exemplo, muitas organizações administram bem as actividades de formação porque existe financiamento disponível para as mesmas. Ao mesmo tempo, a política de pessoal pode estar desactualizada e não servir satisfatoriamente aos gestores e supervisores.

**Características da GRH.** fornece uma frase que descreve as características comuns das organizações nos quatro estágios de desenvolvimento. Essas características complementam as características do(s) estágio(s) anterior(es). No primeiro estágio, as características descrevem uma organização que apenas começa a desenvolver sua capacidade naquele componente específico, ou que talvez não tenha dado muita atenção àquele componente até então. No quarto estágio, as características descrevem uma organização que funciona muito bem com relação ao dito componente e que, provavelmente, pode concentrar suas energias nos componentes que se encontram em estágios inferiores de desenvolvimento.

> O Centro de Recursos Electrónicos da MSH disponibiliza um ficheiro Adobe Acrobat (PDF) da Ferramenta de Avaliação Rápida..

## COMO APLICAR A FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO RÁPIDA DE GRH E INTERPRETAR OS RESULTADOS

Ocorrem duas fases ao usar a ferramenta:

1. avaliação da actual infra-estrutura de GRH
2. discussão dos resultados e planeamento de acções

Um grupo diversificado de pessoal da organização, constituído por exemplo do director executivo e representantes do escalão superior e/ou do conselho de administração, deve introduzir e trabalhar em prol dos processos de avaliação de planeamento. Muitas vezes, é útil contratar um consultor externo para facilitar e administrar as actividades relacionadas.

**Realizar avaliações individuais.** Cada pessoa que participa na avaliação deve examinar individualmente as características de cada componente de GRH, em cada estágio de desenvolvimento, e assinalar (com um círculo) a característica que, segundo sua opinião, melhor representa o estado actual daquele componente. Se apenas parte da característica for relevante, a pessoa deve fazer um círculo em torno da característica anterior.

Como as pessoas dessa ferramenta vêm de diferentes partes da organização, poderão perceber também de forma diferente se a organização atende ou não às características de um estágio particular. Cada participante deve fazer uma ou duas observações específicas e concretas por escrito para mostrar como a organização corresponde ou não às características do estágio que esse participante seleccionou, usando para isto o espaço em branco identificado como

**QUADRO A-1. O que é evidência**

Evidência é um facto ou observação concreta que demonstra uma condição ou estágio de desenvolvimento. Ela responde à pergunta: "O que ouvimos ou observamos que nos confirma que nossa avaliação é correcta?"

Por exemplo, alguém que considere que o sistema de remuneração e benefícios da organização está no Estágio 3 poderá incluir como evidência o facto de que há faixas de salários fixos, com um máximo e um mínimo para cada categoria de funcionário, e que essas normas são seguidas para a contratação de empregados e os para os pagamentos por mérito.

"Evidência". (O Quadro A-1 descreve o que é evidência.) Essa informação será usada para ajudar a resolver as diferenças.

**Concordar sobre os resultados da avaliação.** Depois que todos os participantes terminarem suas avaliações, eles discutem os resultados com o grupo e, ao considerar um componente de cada vez, discutem as evidências. A concordância se baseia em duas premissas. A primeira é a de que nenhum membro de uma organização é dono absoluto da verdade. Cada pessoa de cada nível da organização possui alguma parte da verdade, e a melhor maneira de chegar a um quadro preciso da situação é através da combinação dessas percepções individuais. A segunda premissa é a de que, quando se escolhem cuidadosamente as razões da pontuação, isto por si só constitui uma evidência factual convincente, e permite a um grupo de pessoas concordar sobre pontos de vista que inicialmente poderiam parecer incompatíveis.

A organização chega a um acordo não pelo voto, mas ao discutir e organizar pacientemente todas as opiniões e finalmente chegar a uma decisão que todo membro possa aceitar e com a qual possa conviver, mesmo que não seja exactamente a sua preferência.

**Interpretar os resultados.** Depois de chegar a um acordo sobre os resultados, é o momento de examiná-los e analisá-los. O grupo terá então que concordar sobre as áreas que exigem acção imediata e aquelas que devem fazer parte de um plano de mais longo prazo para fortalecer a GRH. Os participantes terão que decidir sobre as prioridades entre as áreas que precisam de melhorias.

## ÁREAS PRIORITÁRIAS DE GRH

Os componentes de GRH se relacionam a diferentes partes de uma infra-estrutura de GRH. Alguns deles descrevem elementos estruturais e organizacionais (ex., contratação de pessoal e orçamentos), enquanto que outros descrevem necessidades de políticas ou directrizes. Alguns dos componentes descrevem sistemas de gestão que são essenciais para administrar os recursos humanos, tais como a gestão e supervisão do desempenho, e outros que estão associados a actividades de formação e desenvolvimento do pessoal. Uma infra-estrutura de GRH realmente eficaz integra todos esses componentes.

Ao propor soluções para os desafios de GRH, o grupo deve primeiro focalizar as funções básicas específicas e as deficiências de desempenho associadas com as mesmas. Geralmente, a ordem de importância para a melhoria das funções de GRH é a seguinte:

1. **Capacidade de GRH.** É essencial tratar desta área primeiro. Se a sua avaliação da capacidade de GRH (orçamento, pessoal, planeamento dos recursos humanos) da organização situá-la no Estágio 1 ou 2—em que não há pessoal qualificado com responsabilidade de GRH e não há orçamento de GRH ou

planeamento de recursos humanos—então sua organização não pode tratar dos outros componentes de GRH descritos abaixo.

2. **Políticas e práticas de pessoal.** Todos os componentes incluídos na política e práticas de pessoal oferecem uma estrutura essencial para definir os termos e condições de trabalho. Eles precisam estar em funcionamento antes que se possa implementar uma gestão e supervisão eficaz do desempenho.
3. **Dados de GRH.** Todas as organizações exigem algum tipo de recolha de dados sobre as pessoas que trabalham para elas. Elas precisam de informações sobre os funcionários para poder projectar acuradamente as necessidades de emprego.
4. **Gestão do desempenho.** Os sistemas de gestão e supervisão do desempenho definem como as pessoas irão interagir formalmente umas com as outras, e como o trabalho que fazem dará suporte às metas da instituição ou organização.
5. **Formação.** A formação é essencial a uma capacidade eficaz de GRH, mas ela é mais eficaz quando se integra ao planeamento dos recursos humanos, à política de GRH e à gestão do desempenho.

## COMO CONCORDAR SOBRE AS ESTRATÉGIAS PRIORITÁRIAS

Dentro das áreas prioritárias, provavelmente o grupo terá identificado várias deficiências que afectam negativamente a capacidade de GRH. O grupo terá que decidir de que deficiências ele tratará e como as tratará. Algumas deficiências são mais graves que outras e talvez tenham que ser tratadas primeiro. As soluções para a deficiência em um componente poderão exigir uma resposta integrada com vários outros componentes.

As características de cada estágio de desenvolvimento fornecem informações úteis para determinar possíveis acções para tratar das áreas de alta prioridade. Por exemplo, se sua organização não tiver pessoal em número adequado, as estratégias prioritárias tratarão da retenção, recrutamento e vínculos com instituições de formação prévias à entrada em serviço. Se essas medidas não trouxerem os resultados desejados, as estratégias prioritárias podem incluir redefinir as descrições das funções do pessoal actual e proporcionar-lhes a formação adequada para assumir novas responsabilidades. Se houver problema de baixo moral, as estratégias que focalizam a supervisão e a gestão serão as mais apropriadas.

As estratégias necessárias para introduzir melhorias não são necessariamente mais custosas, mas se os recursos forem limitados, será preciso dar prioridade às estratégias que:

- possam ser realizadas rapidamente e exijam menos recursos;
- tenham o máximo de impacto sobre as metas organizacionais, mesmo que levem mais tempo para concretizar;
- sirvam de base para muitas outras actividades.

Apesar de ser necessário focalizar primeiro um número controlável de componentes, também é importante lembrar que a eficácia a longo prazo de GRH só pode ser alcançada quando todos os componentes forem tratados de uma forma integrada. Por exemplo, não é possível sustentar um enfoque de formação durante o serviço, se esse enfoque não estiver ligado a uma estratégia geral de retenção.

Seja qual for o tempo e os recursos necessários, o investimento de sua organização em GRH constituirá uma grande contribuição ao cumprimento de sua missão, ao alcance de suas metas e ao atendimento de seus clientes.

### COMO DESENVOLVER E IMPLEMENTAR O PLANO

Depois de o grupo concordar sobre as áreas e estratégias prioritárias, ele deve desenvolver um plano de acção. As características do próximo estágio superior para cada componente de GRH podem servir de guia para formular alvos de desempenho esperado e definir tarefas para o plano de acção. Apesar de que talvez não seja possível dar o salto necessário ao próximo estágio sob todos os aspectos, a definição de um desempenho óptimo ajudará a estabelecer os passos intermediários. Uma mudança duradoura é um processo gradual e, portanto, é melhor estabelecer metas realistas, dar tempo suficiente para alcançá-las, e passar de forma lógica de um passo ao próximo. Seu plano de acção deve incluir actividades e prazos, e identificar as pessoas responsáveis.

Antes de implementar seu plano de acção, obtenha o compromisso da liderança e de outros grupos de interesse. Explique os resultados previstos e como eles podem ajudar a melhorar ou tratar das preocupações das pessoas quanto à GRH. Ao envolver os outros, você terá um apoio activo quando for necessário tomar decisões difíceis sobre o uso de recursos humanos e financeiros; além disso, o envolvimento antecipado poderá ajudar a diminuir a resistência à mudança.

## Conclusão

O uso cuidadoso e completo da Ferramenta de Avaliação Rápida da Gestão de Recursos Humanos para recolher informações e desenvolver um plano de acção poderá concentrar o foco e o compromisso de sua organização nas áreas do seu sistema de GRH que necessita mais urgentemente de melhorias. É possível que você descubra também que o próprio processo irá educar o pessoal, inclusive gestores, sobre a natureza importante e interconectada dos componentes de GRH, melhorar a comunicação entre os funcionários, e motivá-los a usar suas posições para contribuir à manutenção de sistemas de GRH saudáveis.

A ferramenta é descomplicada, relativamente rápida e fácil de usar, e pode ser a catalisadora de melhorias valiosas e duradouras no funcionamento de sua organização para acelerar o alcance de seus objectivos.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

CAPÍTULO 7

# Gestão das Finanças e dos Sistemas Relacionados

*Natalie Merlini Gaul*

1. Obter Resultados Através do Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
2. Liderança e Gestão: Competências Críticas para o Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
3. Governação de Sistemas de Saúde e Organizações de Saúde
4. Inclusão da Perspectiva de Género nos Sistemas de Saúde
5. Planear o Trabalho e Executar o Plano
6. Gestão de Recursos Humanos
7. Gestão das Finanças e dos Sistemas Relacionados
8. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde
9. Gestão das Informações: Monitoria e Avaliação
10. Gestão da Prestação de Serviços de Saúde

Neste capítulo examinamos aspectos da gestão financeira e dos sistemas operacionais de escritório relacionados. A gestão financeira aplica-se à contabilidade e à orçamentação, assim como aos relatórios de resultados e à elaboração de análises, que permitem que os gestores, as agências doadoras e os órgãos de supervisão não apenas tenham conhecimento das receitas obtidas ou geradas, dos activos possuídos e das despesas incorridas, mas também saibam comparar essa informação com as dos anos anteriores ou com os resultados previstos.

A gestão de operações centra-se em sistemas que apoiam a organização para alcançar os seus objectivos. Estes sistemas incluem os contratos públicos (também conhecidos por aquisições), a gestão das viagens, a gestão de *stocks,* e os sistemas de gestão de pessoal, tais como o processamento da folha de pagamentos e os benefícios. Estes sistemas estão directamente ligados à gestão financeira, visto que têm um impacto directo na forma como os fundos são gastos e relatados, como os activos da organização são monitorados e protegidos, e como os empregados são remunerados.

O Capítulo 6 deste manual trata das normas, dos sistemas e das práticas de liderança e de gestão que, no seu conjunto, constituem a gestão dos recursos humanos (GRH, ou HRM em inglês). Os sistemas de informação são apresentados no Capítulo 9.

Como gestor de um programa de saúde ou de serviços de saúde, você pode utilizar a informação contida neste capítulo para guiar o estabelecimento de sistemas de controlo interno, como um enquadramento para todas as actividades de gestão financeira. Os mecanismos de controlo interno fornecem uma base para assegurar que a utilização dos preciosos recursos de uma organização seja

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

apropriada e que os recursos sirvam à missão da organização, maximizam o impacto, obedecem às leis e regras das agências doadoras, e seguem as normas estabelecidas de conduta ética e as práticas operacionais.

Encontrará também tanto ferramentas como *links* para ajudá-lo a avaliar a situação da gestão financeira e operacional da sua organização, e sugestões para sanar quaisquer dificuldades que possam aparecer.

A amplitude dos temas e o conjunto de informações básicas deste capítulo e de seus apêndices tornam-no o mais longo deste manual. Caso você não se ocupe directamente da gestão ou supervisão de uma área relacionada com a gestão financeira e operacional, poderá selectivamente familiarizar-se com a maneira como estas funções críticas afectam a capacidade da organização de atingir os seus objectivos estratégicos, e também aprender sobre a forma como poderá apoiar uma saudável gestão financeira.

## Introdução

Uma crescente consciencialização global dos sérios problemas sanitários com que se deparam os países em desenvolvimento resultou num desejo generalizado de abordar estas questões. Isto requer um fortalecimento da capacidade dos governos e das organizações da sociedade civil (OSCs) – religiosas, comunitárias e não governamentais (ONGs) – para gerir de forma eficaz e eficiente os projectos e programas de prestação de serviços de saúde. Para satisfazer as suas crescentes responsabilidades, quer as entidades públicas quer as privadas deverão gerir fundos e recursos com o maior cuidado e integridade. Elas têm necessidades similares no que respeita à eficiência, eficácia e utilização transparente dos recursos financeiros e outros recursos.

As mudanças nas prioridades das agências doadoras ou no clima económico podem reduzir o volume de fundos disponibilizados para apoiar os programas de saúde. Factores económicos podem fazer aumentar os custos das mercadorias, do trabalho e dos serviços necessários. A fim de resolver estas eventualidades, os gestores dos programas de saúde pública, a todos os níveis, devem compreender e aplicar princípios sólidos de contabilidade e de gestão financeira, para proteger recursos escassos e responder às mudanças nas condições económicas.

Além de dispor de sistemas de gestão operacional, financeira e contabilística eficazes e eficientes, as organizações devem possuir também fortes mecanismos de controlo interno para as proteger contra a apropriação indevida ou a fraude. Políticas e procedimentos bem documentados apoiarão a força de trabalho e demonstrarão responsabilidade fiduciária e administrativa aos financiadores.

As organizações que demonstrem estes elevados padrões, têm uma maior chance de obter e de manter os financiamentos proporcionados pelas agências doadoras, sendo assim capazes de proteger o seu próprio capital de giro.

As práticas de liderança e gestão apresentadas no Quadro de Liderança e Gestão no Capítulo 2 deste manual, aplicam-se todas à gestão financeira.

Você e os líderes da sua organização, incluindo o Conselho de Administração, deverão explorar para identificar os riscos que possam ter impacto na saúde financeira da organização, bem como oportunidades capazes de gerar apoio e fundos para a missão. Essa exploração também evidenciará as melhores práticas relacionadas com a gestão financeira, e as restrições que possam afectar a organização.

Como um gestor que também é líder, você deverá **focalizar** as acções de gestão financeira de modo a reflectir a missão da organização. Deve estabelecer prioridades relacionadas com a captação de fundos, investimento em pessoal ou equipamento, ou gestão de despesas para atingir os objectivos estratégicos da organização.

Você precisará **alinhar** os objectivos financeiros, as expectativas, os sistemas operacionais e as práticas da sua organização com a respectiva visão e missão. Precisa igualmente de **mobilizar** recursos, incluindo pessoal capacitado, para que os sistemas financeiros e operacionais funcionem de maneira optimizada.

Um papel crítico mas muitas vezes negligenciado dos líderes quanto à gestão financeira é o de **inspirar** o pessoal a cumprir as normas e procedimentos relacionados com as transacções financeiras, a utilizar os recursos sensatamente e a evitar conflito de interesses e a falta de ética no que diz respeito às transacções financeiras.

Para dar o exemplo, você deve demonstrar honestidade e integridade na utilização dos recursos da organização. Deve igualmente demonstrar que compreende e respeita o comportamento fiscal prudente e controlos internos relacionados. Os seus actos e o seu exemplo falarão mais alto que as suas palavras.

Os gestores das áreas de actividades de financiamento e administrativa da organização aplicam as quatro práticas da gestão relacionadas com a gestão financeira.

Você e os outros gestores levam a cabo uma variedade de actividades de **planeamento**, tais como elaborar orçamentos operacionais para o ano corrente e fazer projecções para os anos seguintes, com base nos planos estratégicos da organização. Você elabora os planos para a compra do equipamento necessário e outros bens de capital. Elabora também planos para evitar ou responder a riscos potenciais que possam ter impacto na saúde financeira da organização.

Os gestores **organizam** sistemas, estruturas, processos de trabalho e políticas. Eles recrutam e treinam pessoal para assegurar que sejam executados actos administrativos eficientes, transparentes e apropriados.

Os gestores financeiros **implementam** as políticas e as práticas estabelecidas. Os gestores de toda a organização devem utilizar a informação financeira para tomarem decisões sobre as actividades e ajustar os planos consoante se verifiquem mudanças nas circunstâncias ou nos recursos disponíveis.

Os gestores gerais e financeiros devem **monitorar** as actividades financeiras da organização, **avaliar** os resultados e identificar as mudanças necessárias nos processos e procedimentos, orçamentos ou aplicações planeadas para os recursos.

A gestão financeira centra-se no controlo, prestação de contas, conservação e investimento dos recursos da organização (dinheiro em caixa, empregados, *stocks* de material, equipamento e tempo), para atingir os objectivos planeados.

Existe a percepção de que a gestão financeira é uma disciplina limitada, semelhante à gestão salarial ou à gestão de medicamentos e de produtos de saúde, ou de que apenas os contabilistas e os guarda-livros necessitam de entender a informação financeira. Para quem não possua uma formação financeira formal, o vocabulário e as regras específicas da gestão financeira são, muitas vezes, considerados como demasiado complexos, aborrecidos ou até intimidantes.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Contudo, muitos gestores – mesmo os que não estejam directamente ligados às funções contabilísticas – beneficiam bastante por terem um conhecimento básico dos princípios e ferramentas de gestão financeira. Em todos os níveis de uma organização, os gestores devem concentrar-se nas questões financeiras, ou rapidamente verificarão que não possuem os recursos de que necessitam para atingirem os objectivos definidos de longo prazo ou para manterem as operações do dia-a-dia.

Os conhecimentos de gestão financeira incluem:

- **contabilidade** das transacções financeiras;
- **planeamento** de actividades operacionais, compras de equipamento e utilização da força de trabalho;
- estimativa de **custos** e **preços** de bens e serviços;
- **previsão** das receitas e despesas futuras (fontes e utilização dos fundos);
- **monitoria** e **controlo** da utilização dos recursos.

A gestão financeira utiliza estes conhecimentos para optimizar a utilização dos activos, controlar os custos e planear actividades de modo a ter o máximo impacto e atingir os objectivos desejados.

### Duas Verdades Financeiras

1. Os activos, incluindo o tempo, são sempre limitados.
2. Os objectivos e as necessidades organizacionais mudam constantemente e são aparentemente ilimitados.

Neste capítulo, abordamos os seguintes tópicos:


- Gestão Financeira e Gestão Operacional (Visão Geral)
- Avaliação das Operações Financeiras e Sistemas Operacionais da sua Organização
- Noções Básicas de Contabilidade e de Gestão Financeira
- Gestão dos Riscos
- Conflitos de Interesse e Conflitos por Falta de Ética
- Gestão do Aprovisionamento
- Gestão das Viagens
- Gestão dos Activos
- Gestão do Caixa
- Requisitos de Controlo Interno e Directrizes
- Utilização de Políticas e Procedimentos para Aumentar o Controlo Interno


Dependendo dos seus interesses, do tempo e das necessidades da sua organização, talvez possa concentrar-se em secções específicas e nos respectivos recursos. Poderá ler essas secções, com excepção da visão geral, seguindo qualquer ordem ou escolha.

## Visão geral da gestão financeira e da gestão operacional

A gestão financeira e a gestão operacional com ela relacionada, desempenham um papel vital na realização dos objectivos da sua organização. Não é incomum surgir conflitos entre as componentes financeira, operacional ou administrativa da organização e o pessoal técnico ou dos programas, que concebem e implementam programas de saúde ou prestam serviços aos utentes.

Talvez tenha ouvido afirmações tais como:

- Com todas as suas regras e normas, o pessoal das finanças e das operações causa demasiados atrasos e congestionamentos!
- O pessoal das finanças e das operações não compreende as necessidades ou as dificuldades das equipas de prestação de serviços!

Na realidade, todo o pessoal de programas, operações e finanças tem papéis e responsabilidades relacionados com a gestão dos riscos e a produção de resultados para a organização. A tensão que possa existir entre as diversas funções é, geralmente, salutar e muitas vezes inevitável. Quando o pessoal compreende e respeita os papéis desempenhados por cada elemento da equipa, e pode avaliar necessidades conflitantes segundo um contexto mais amplo, o grau de tensão diminui.

Todos os funcionários deverão compreender que o pessoal do departamento financeiro tem que assegurar que os recursos estejam disponíveis e que a organização mantenha a sua solidez económica e conduza suas actividades de uma maneira transparente. O departamento deve ser responsável perante os utentes e as agências doadoras, e deve actuar de acordo com as normas legais, os padrões internacionais de práticas comerciais idóneas, e um comportamento ético. Esta é a contribuição do pessoal financeiro para a realização da missão da organização.

Ao divulgar análises de resultados financeiros passados e tendências, o pessoal da secção financeira pode influenciar decisões programáticas tais como:

- preços ou esquemas de recuperação de custos para os serviços;
- decidir expandir ou eliminar programas;
- melhorar os processos de trabalho e aumentar a capacidade tecnológica, os níveis do pessoal ou a remuneração;
- expandir a captação de fundos ou a geração de capital para atender aos défices previstos que impedirão a realização de objectivos a curto ou longo prazo.

Se os elementos programáticos, técnicos e operacionais da sua organização estiverem bem integrados em todas as fases do planeamento e da implementação, os conflitos serão diminuídos ou eliminados. Inclua os gestores das áreas financeira e operacional no planeamento anual e estratégico desde o início, para que eles não criem unicamente orçamentos para os planos que foram elaborados sem a sua participação. Você deverá incutir em todo o pessoal a compreensão das restrições financeiras, práticas organizacionais sólidas e comportamento ético, relativamente a como são usados os activos da organização. O ideal é haver um circuito ininterrupto de comunicação e envolvimento que aproveite a especialização e considere as necessidades de todas as funções.

Você pode ajudar os seus colegas a compreenderem como a função financeira contribui para o sucesso dos programas em que eles estão, ao documentar e distribuir políticas e procedimentos, conforme definido no Quadro 1, por toda a sua organização; ao treinar o pessoal na aplicação destas políticas e procedimentos; e ao comunicar como é que se espera que todos os funcionários cumpram e façam cumprir as políticas de gestão financeira.

Quando pensamos na gestão financeira, é fácil concentrarmo-nos limitadamente em escolhas relacionadas com actividades de contabilidade, por exemplo:

- como organizar relatórios financeiros e orçamentos;
- como monitorar e consolidar as transacções financeiras;

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

### QUADRO 1. Definições de Políticas e Procedimentos

**O que é uma política?** Uma política é uma directiva de gestão que diz respeito a estratégias, objectivos e normas de negócios aceites. Responde à questão: O que é que será feito?

**Como são determinadas as normas?** Os conselhos de administração e os quadros executivos geralmente estabelecem normas que reflectem a missão, os objectivos estratégicos e as normas da organização. Uma organização pode também necessitar de adoptar ou adaptar políticas para atender às regras e regulamentos estabelecidos pelas agências doadoras e pelos governos. As políticas devem reflectir os valores dos fundadores, proprietários, directores, funcionários e voluntários da organização.

**O que é um procedimento?** Um procedimento é uma metodologia ou uma série de acções empreendidas para por em prática uma política. Responde à questão: como será feito?

- se devemos manter uma contabilidade detalhada ou apenas resumos por categorias de contas mais abrangentes;
- que *software* utilizar para captar as transacções financeiras;
- se devemos agrupar os custos por departamento, projecto e objectivos do programa ou por nível organizacional;
- a forma mais eficiente e económica de preencher vagas de pessoal e organizar a função de gestão financeira.

Se no contexto da organização, o seu interesse na gestão financeira se limitar às actividades de contabilidade, ele está voltado ao passado, em vez de se concentrar no presente e no futuro, porque a contabilidade consiste no registo e no relato de transacções financeiras já ocorridas. O resultado são os relatórios financeiros necessários para atender às exigências fiscais, convencer um banco ou agência doadora a prover os fundos exigidos, ou fornecer a um gestor os dados históricos necessários para criar projecções e orçamentos para as actividades futuras.

Mas a ampliação da perspectiva da gestão financeira de maneira a incluir as compras, viagens, logística e gestão dos centros de saúde, desvia o enfoque para o presente e o futuro. A ênfase não é mais apenas no registo do que já ocorreu; é colocada ênfase igualmente em influenciar a forma como os fundos serão gastos agora e no futuro.

Os benefícios de se integrar a gestão financeira e a gestão das operações incluem:

- assegurar que os activos já obtidos se mantenham em segurança, em bom funcionamento e disponíveis para utilização nos programas que deles necessitem;
- decidir o que será comprado e de que forma, de modo a que se consiga o melhor valor;
- permitir um aumento da geração de receitas, ao estabelecer um preço dos bens e serviços que seja aceitável para os utentes;
- salvaguardar a organização e os indivíduos envolvidos no seu controlo, gestão ou implementação dos programas, assegurando que as transacções financeiras sejam conduzidas de maneira ética e legal;
- criar uma organização que compense o pessoal de forma justa pelo seu trabalho e, ao mesmo tempo, permita o fornecimento de serviços de qualidade que possam servir à mais ampla base de utentes possível.

**Uma chamada de atenção.** Os materiais existentes neste capítulo são de natureza geral e representam as melhores práticas que deveriam ser relevantes em todo o mundo. Contudo, não é possível atender a todas as situações específicas ao seu país que poderiam ter impacto na sua organização individual.

Este capítulo tem a finalidade de informá-lo, como gestor de um programa de saúde ou de serviços de saúde, e reforçar a sua capacidade para gerir as actividades do programa, através de uma compreensão do papel das finanças e das operações. Esta compreensão deve ser combinada com o seguinte:

- recrutar gestores financeiros e de gestores de operações que tenham a formação relevante e experiência de trabalho;
- envolver activamente os gestores financeiros e de operações,engajar actividades de gestão do programa, especialmente no seu planeamento;
- engajar de firmas de contabilidade pública, revisores de contas, ou de firmas de auditoria, para examinarem periodicamente os seus relatórios financeiros e sistemas de controlo interno;
- aconselhar-se com advogados ou com contabilistas fiscais que compreendam o contexto do país, as leis aplicáveis e os requisitos para uma organização como a sua. A assessoria de profissionais pode prevenir problemas importantes, tais como multas ou processos legais, como resultado do incumprimento das leis e dos regulamentos.

## Avaliação dos sistemas financeiros e operacionais da sua organização

Uma avaliação da solidez financeira corrente de uma organização e as suas perspectivas para o futuro deveriam incluir uma análise do seguinte:

- os sistemas financeiros e operacionais, as estruturas, as políticas, os procedimentos e as práticas;
- a capacidade da organização de prestar serviços;
- a disponibilidade de capital das agências doadoras ou do governo, ou as receitas geradas através das vendas de serviços e de produtos básicos.

Dependendo do tamanho da sua organização e da quantidade de pessoal, você poderá contratar um consultor para ajudar a conduzir a avaliação e a análise dos resultados, e a implementar as mudanças necessárias.

Três ferramentas – QuickStart, Ferramenta de Avaliação da Gestão Financeira e Ferramenta de Gestão e Sustentabilidade Organizacional (MOST, em inglês) podem ajudar a sua organização a verificar o seu sistema de gestão financeira.

- QuickStart é uma ferramenta de avaliação relativamente fácil, mais apropriada para pequenas organizações emergentes ou organizações interessadas na obtenção de um quadro rápido das suas capacidades e pontos fracos nas áreas de contabilidade, gestão financeira e sistemas operacionais. A chave da resposta serve como uma base para o desenvolvimento do pessoal e o fortalecimento dos sistemas.
- MOST *(Management and Organizational Sustainability Tool)* efectua uma análise aprofundada da gestão geral da organização, incluindo a gestão financeira, e adapta-se melhor a organizações ligeiramente mais maduras.
- Ferramenta de Avaliação da Gestão Financeira *(Financial Management Assessment Tool)* fornece uma visão detalhada dos sistemas de gestão financeira de uma organização, e adapta-se melhor a organizações grandes e complexas.

A sua organização poderá chegar à conclusão de que o fortalecimento dos sistemas de gestão financeira exigirá grandes dispêndios de capital para iniciativas tais como a instalação de um pacote sofisticado de *software* de contabilidade; recrutamento de mais pessoal administrativo, de contabilidade e de apoio; ou a expansão das actividades de captação de fundos para gerar mais recursos ou ganhar novos contratos.

Contudo, a maior parte das organizações vê que melhoras relativamente pequenas, a baixo custo ou a custo zero, são tudo o que se necessita para obter benefícios significativos. Tais melhoramentos, de uma maneira geral, envolvem o fortalecimento dos sistemas de controlo interno, a documentação das políticas e procedimentos financeiros e a sua comunicação ao pessoal, e incutir em todas as pessoas do *staff* uma compreensão de como é que eles contribuem para manter a saúde financeira da organização.

Na década passada, o custo do equipamento informático diminuiu significativamente, e o seu acesso é agora muito maior. Muitos pacotes de *software* de contabilidade orientados para organizações pequenas estão comercialmente disponíveis e requerem pouca modificação para se aplicarem a organizações sem fins lucrativos.

Há uma probabilidade crescente de os funcionários possuírem conhecimentos de computação, incluindo saberem usar folhas de cálculo e bancos de dados, que aumentam grandemente as suas capacidades para fazerem análises financeiras, utilizar formulários e modelos e gerar relatórios. Muitas das grandes organizações disponibilizam acesso à Internet, e algumas possuem *websites* internos que constituem o principal recurso para o melhoramento do desempenho e para a partilha da informação financeira.

Além de os melhoramentos nos sistemas financeiros e operacionais fortalecerem a organização, as práticas mais sólidas de gestão causarão uma boa impressão em potenciais contribuidores. Estes estarão mais inclinados a escolher projectos para financiar ou a fazer doações, pois confiam que os fundos serão apropriadamente utilizados, os resultados esperados serão atingidos e os resultados serão documentados com exactidão e divulgados.

## Noções básicas de contabilidade e de gestão financeira

As lições valiosas que aprendemos com a História ajudam-nos a prepararmo-nos melhor para o futuro. A informação financeira constitui uma lição histórica útil que permite que os gestores possam elaborar melhores orçamentos dos custos futuros, estimar as necessidades de caixa dos projectos, e prever o crescimento de sua organização. Estas lições são, muitas vezes, comunicadas pelo pessoal da área de gestão financeira, através dos seus relatórios periódicos de análise financeira.

### O QUE É A CONTABILIDADE?

A secção a seguir descreve os métodos, princípios básicos e relatórios da contabilidade. Caso tenha experiência na área de gestão financeira, pode saltar esta secção. Se não estiver familiarizado com a terminologia da contabilidade, consulte as definições no Glossário deste capítulo.

A contabilidade é um sistema que consiste no registo metódico das transacções financeiras. Em termos mais simples, o objectivo da contabilidade é documentar aquilo que a organização possui, os seus devedores (aqueles que devem dinheiro à organização) e credores (aqueles a quem a organização deve dinheiro), bem como suas receitas e as doações recebidas. A análise da informação contabilística ajuda a determinar se a receita ou os fundos são suficientes para cobrir os custos e permitem o crescimento. É uma mistura de arte e de ciência.

A ciência provém da aplicação das regras e normas. As normas contabilísticas são ditadas pelos governos nacionais, autoridades tributárias e a comunidade internacional de profissionais de contabilidade. As normas centram-se na utilização ética e apropriada dos recursos e na maneira como as transacções são registadas. Estas normas servem para assegurar que transacções similares sejam coerentemente tratadas e que as receitas estejam relacionadas com as despesas incorridas para gerar essas receitas.

O conceito de ligar as receitas às despesas relacionadas é conhecido como o princípio da congruência. Isto torna possível a comparação dos resultados de ano para ano e, até certo ponto, entre as organizações. A informação financeira deve ser completa e correctamente recolhida para garantir a fiabilidade das declarações financeiras.

As normas contabilísticas fornecem directrizes sobre a maneira como os principais relatórios financeiros utilizam medidas e são organizados, registados e relatados. Essas normas estão documentados numa publicação chamada Princípios Contabilísticos Geralmente Aceites *(Generally Accepted Accounting Principles ou GAAP,* em inglês*)*. Os padrões dos Estados Unidos e do Reino Unido são usados em todo o mundo mas existem outros padrões para atender a condições únicas encontradas noutros países.

A arte da contabilidade é evidente quando os relatórios financeiros são criados de uma maneira que conta uma história e fornece informação suficiente para que os administradores e os gestores das actividades técnicas tomem decisões operacionais sólidas. Um plano de contabilidade bem concebido (ver o Quadro 2), que determine como a informação é categorizada e resumida, é de importância chave para a capacidade de se criar relatórios analíticos que permitam aos gestores interpretar facilmente os resultados financeiros.

Para mais informação, ver "Fontes de dados para a elaboração de relatórios" neste capítulo.

## QUADRO 2. O Plano de Contabilidade

O Plano de Contabilidade é uma lista das categorias das transacções financeiras que serão monitoradas no sistema contabilístico e que informam diversos relatórios financeiros. Para tornar mais fácil a entrada e a monitoria dos dados, é geralmente atribuída a estes tipos de contas uma classificação numérica.

Embora o plano de contabilidade varie entre as organizações, há algumas categorias-padrão geralmente aceites:

- **Activo:** O que é possuído, nomeadamente dinheiro em caixa, investimentos, equipamentos, mobiliário, ou o que é devido por outros, tais como utentes ou agências doadoras;
- **Passivo:** Débitos a curto e a longo termo a fornecedores, bancos, funcionários ou agências governamentais;
- **Capital próprio:** fundos em caixa, propriedades, existências e equipamentos que pertençam aos proprietários, sócios ou accionistas, depois de deduzido o passivo dos activos da organização;
- **Receitas:** rendimentos gerados através de operações, vendas, doações e honorários por serviços;
- **Despesas:** Custos dos materiais e equipamentos de escritório, viagens, vencimentos, serviços, instalações, medicamentos, produtos essenciais, etc. Muitas vezes, esta é a secção mais extensa porque uma lista detalhada de tais custos é útil para a gestão financeira, a elaboração de relatórios e a monitoria dos orçamentos.

A contabilidade que é executada de acordo com todas as regras não garante necessariamente uma informação útil para a gestão. Os relatórios devem ser suficientemente claros para serem correctamente interpretados, e devem chegar às pessoas com poder para tomar decisões operacionais. Os relatórios necessários devem também ser apresentados atempadamente, para permitir que os gestores disponham de tempo suficiente para proceder a eventuais correcções, caso seja necessário. Com demasiada frequência, os relatórios financeiros são concebidos apenas para satisfazer os governos ou as agências doadoras, à custa de estarem a cumprir as necessidades da organização. Embora satisfazer estes requisitos seja essencial para o recebimento de financiamentos futuros, poderá ser necessário negociar o formato dos relatórios ou elaborar vários relatórios financeiros para satisfazer ambos os conjuntos de necessidades.

Se você tem uma boa compreensão de como interpretar relatórios financeiros e analisar resultados, é menos provável que tome decisões erradas ou tire precipitadamente conclusões erradas. É especialmente importante perceber se os relatórios divulgam todos os custos, incluindo os indirectos.

A precisão da informação financeira é primordial, mas os relatórios devem igualmente contar uma história verídica, relatando a informação correcta, logo após a ocorrência das transacções (atempadamente), e num formato claro (simples); os relatórios financeiros devem ilustrar, em vez de tornar obscura, a posição fiscal da organização.

Noutros capítulos analisamos os critérios SMART para a definição de objectivos. Aqui está um recurso de memória para manter uma informação inteligente (SMART) nos relatórios financeiros:

**S** = *Simple* (Simples)
**M** = *Meaningful* (Mensurável)
**A** = *Accurate* (Preciso)
**R** = *Relevant* (Relevante)
**T** = *Timely* (Atempado)

## RELATÓRIOS CONTABILÍSTICOS PADRONIZADOS

Como gestor, você provavelmente recebe muitos relatórios contabilísticos padronizados, concebidos para o ajudar a determinar a solidez financeira da sua organização. Muitos gestores cometem um grande erro em não os ler. Se a sua organização utiliza *software* de contabilidade, os relatórios de importância chave deverão chegar a si com a brevidade suficiente para que possa proceder a ajustamentos nas actividades e nos programas, quando os resultados reais não corresponderem às expectativas orçamentais.

Os contabilistas relatam eventos e desempenho financeiro históricos, utilizando duas ferramentas primárias: o balanço e a declaração de rendimentos. Estes relatórios reflectem a saúde de uma organização, num específico ponto no tempo. São elaborados trimestral ou mensalmente.

Quanto mais frequentes e actuais forem os relatórios, maiores são as possibilidades de você tomar decisões, enquanto ainda haja um tempo adequado para influenciar os futuros resultados financeiros. Na sua grande maioria as organizações irão querer – e poderá ser-lhes exigido – que tenham esses relatórios preparados ou revistos todos os anos, por uma firma externa de contabilidade ou de auditoria.

**O balanço patrimonial.** O balanço patrimonial incide no activo, no passivo e no capital próprio de uma organização. (Ver um exemplo no Apêndice A.) É o instantâneo do balanço das contas, num tempo específico. O princípio fundamental da contabilidade é que o activo

é igual ao passivo mais o capital próprio. O formato padronizado de um balanço patrimonial contém duas tabelas. Uma tabela relata o valor dos activos da organização. A segunda tabela detalha o passivo e o capital próprio da organização. O total da primeira tabela deve ser igual ao total da segunda. Este é o conceito do equilíbrio das contas – as duas tabelas devem compensar-se uma à outra para mostrar o valor geral da organização.

O balanço patrimonial pode assumir uma variedade de formatos, dependendo do nível de detalhe desejado, mas inclui sempre:

- o valor total do activo na data especificada;
- o valor total do passivo na data especificada;
- o valor total do capital próprio na data especificada.

**A demonstração de resultados do exercício.** A demonstração de resultados do exercício (também conhecida como conta de perdas e ganhos) relata as receitas e as despesas resultantes das operações da organização. (Ver exemplo no Apêndice B.) Primeiro, o formato apresenta todas as fontes de receitas, seguidas das despesas. O fim do relatório é a expressão das receitas menos as despesas, que determina aquilo que muitas vezes é referido como resultado final. Um resultado positivo indica um lucro das operações; um resultado negativo indica uma perda.

As demonstrações de resultados do exercício são, muitas vezes, categorizadas por departamento, divisão ou localização geográfica. Isso torna mais fácil determinar que departamentos ou áreas de serviço estão a cobrir custos, a gerar lucro, ou a operar com um défice. As entidades sem fins lucrativos podem não preparar demonstrações de resultados, mas necessitarão de preparar relatórios semelhantes sobre as fontes e as utilizações dos fundos. Independentemente do seu estatuto, contudo, todas as organizações devem preocupar-se em cobrir todos os custos das operações e em gerar fundos para futura expansão e crescimento.

Duas outras ferramentas-chave da gestão financeira, que dizem respeito ao futuro, são os orçamentos e as declarações de fluxo de caixa.

**Orçamentos.** Os orçamentos são expressões das receitas e despesas que se espera obter no futuro. São, geralmente, baseados em informação histórica, caso disponível, e são ajustados com base nos pressupostos relativos à inflação, aumentos ou reduções nas receitas ou despesas e na esperada expansão de programas e de serviços. Uma vez criados, os orçamentos tornam-se uma ferramenta para monitorar o desempenho corrente das operações: Os custos são superiores ao que fora planeado? As vendas ou os serviços são menores do que se esperava? A captação de fundos é inferior à esperada?

Examinar os resultados orçamentais e reagir rapidamente permite-lhe adoptar uma acção correctiva antes que demasiado dinheiro ou recursos sejam perdidos, ou utilizar recursos não previstos para aproveitar oportunidades que tenham surgido.

Se houver variações entre os orçamentos (planeados) e os resultados (reais), é importante analisar as razões. Você pode começar por ter uma perspectiva global:

- Fizemos o que tínhamos planeado?
- Os custos foram os esperados?
- Nossas receitas ou a captação de fundos estão nos níveis planeados?

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Há mais questões que pode fazer para encontrar as causas das variações orçamentais:

- Existe um erro nos valores orçamentais ou nos resultados financeiros devido a um erro de escrita ou de uma codificação incorrecta?
- Os pressupostos orçamentais eram imprecisos ou incompletos?
- A variação está relacionada com o prazo das receitas ou despesas que se autocorrigirão no próximo período contabilístico?
- Houve mudanças no mercado que resultaram em custos mais altos ou mais baixos ou maior ou menor procura de serviços e de produtos?
- Os dados históricos estavam incompletos ou incorrectos ou foram mal interpretados, levando a montantes orçamentais errados?
- As variações são uma indicação de um fraco desempenho, má utilização de fundos ou mudanças fora do controlo do pessoal das organizações?

Uma vez que tenha analisado as razões para as variações, você pode responder a isso, fazendo quatro perguntas importantes:

1. Você necessita de ajustar os orçamentos e, como resultado disso, as expectativas sobre os futuros níveis de gastos ou receitas?
2. É necessário cortar nas actividades ou reduzir custos?
3. Se as variações orçamentais forem positivas, é possível aumentar as actividades ou investir em activos de longo prazo?
4. Você deveria não fazer nada, esperando que a variação se autocorrija? Caso opte por não fazer nada, isso poderá ser uma decisão deliberada e não o resultado de ter ignorado a informação financeira.

As respostas a estas questões vão ajudá-lo a criar melhores orçamentos no futuro, assim como a fornecer perspectivas sobre as tendências de mercado ou as ineficiências dentro da sua organização.

**Demonstrações dos fluxos de caixa.** As demonstrações dos fluxos de caixa detalham o dinheiro que entra na organização, vindo das agências doadoras, utentes e receitas de investimentos, bem como o dinheiro despendido em custos gerais e administrativos, despesas dos programas ou investimentos. As demonstrações dos fluxos de caixa incidem apenas sobre as posições de caixa e, portanto, factores tais como contas a receber ou contas a pagar, que ainda não tenham tido nenhum efeito sobre o dinheiro, não são considerados. Estas demonstrações ajudam os gestores a predizer as necessidades de caixa e a planear o cronograma das receitas e despesas. Estas projecções são críticas, porque uma organização pode ver-se em apuros se não houver dinheiro em caixa disponível no momento em que as despesas são realizadas. O ideal é que as entradas de caixa sejam superiores às saídas.

## FONTES DOS DADOS A INCLUIR NOS RELATÓRIOS

A espinha dorsal dos relatórios financeiros é o plano de contabilidade e o razão geral.

**O plano de contabilidade.** Trata-se de uma lista de códigos e descrições que pormenoriza os tipos de receitas, despesas, activos e passivos sobre os quais a informação será acumulada, rastreada e relatada. O plano de contabilidade deve reflectir um equilíbrio entre aquilo de que o contabilista necessita para satisfazer aos requisitos legais e à prática contabilística padronizada, e aquilo que os gestores de programas precisam para planear e monitorar. Deverá ser suficientemente detalhado para fornecer-lhe a quantidade de informação que lhe permita tomar decisões e planificar categorias ou tipos de despesas relevantes. Contudo, os códigos contabilísticos não devem ser tão numerosos ou complexos que a codificação,

o registo, a classificação e o relato das transacções financeiras se transformem em trabalho intensivo ou custoso.

Muitas vezes, a criação de um plano de contabilidade é confiada ao contabilista. No entanto, é essencial que, na organização, os gestores sejam claros em relação à informação e aos relatórios de que necessitam, por forma a que possa ser criado e mantido um plano de contabilidade útil.

Por exemplo, é difícil fornecer mensalmente a informação sobre o custo da gasolina se os custos da água, do petróleo, da electricidade e da gasolina forem todos classificados como Serviços de Abastecimento Público. A utilização de computadores para processar a informação financeira fez aumentar a capacidade de expansão das possibilidades de codificação e a elaboração de relatórios sem grandes aumentos do custo e da mão-de-obra.

**O razão geral** é o registo financeiro primário de uma organização. Todas as transacções financeiras estão registadas nele, quer detalhadas ou resumidas a partir de outros diários ou livros auxiliares que monitoram itens tais como receitas, despesas e custos laborais. As transacções são registadas de uma maneira ordenada, por data, e de acordo com o plano de contabilidade.

Algumas vezes, o razão geral é muito volumoso e preenchido a caneta de tinta, mas hoje em dia é mais comum ser um ficheiro informático e uma série de relatórios gerados por computador.

Como gestor, você será mais eficiente se for capaz de vincular a despesa com a actividade, serviço ou departamento que a gerou, para que seja capaz de analisar a relação entre o custo e o benefício recebido. Muitos gestores reconhecem a necessidade de sistemas integrados nos quais a informação financeira interage significativamente com a informação operacional e do programa, e a informação contabilística está ligada aos orçamentos.

A nova tecnologia, tal como os discos de computador que podem armazenar vastas quantidades de informação, o *software* de contabilidade prontamente disponível e de fácil utilização, e os custos mais baixos para computadores de alta velocidade fazem com que seja mais fácil para os gestores satisfazerem as suas necessidades de informação integrada.

## DÉBITOS E CRÉDITOS

A contabilidade possui um vocabulário único. Activos, passivos, capital próprio, receitas e despesas já foram mencionados. Débito e crédito são dois outros termos importantes originados nos primórdios da contabilidade de partidas dobradas. Quer as contas sejam mantidas em livros de contabilidade em papel ou em ficheiros informatizados, os débitos são tratados como números positivos e os créditos como números negativos. Ao manter-se o princípio do equilíbrio das contas, o resultado líquido dos débitos e dos créditos deve ser zero.

**Débitos.** Um débito é um número positivo, registado na coluna esquerda de um livro de contabilidade. Utiliza-se para registar o incremento do activo ou das despesas e a diminuição no passivo e no capital próprio. Esta demonstração poderá parecer contra-intuitiva, mas corresponde ao protocolo contabilístico geralmente aceite. Este princípio pode ser memorizado.

**Créditos.** Os créditos, posicionados na coluna da direita do livro de contabilidade são números negativos e são utilizados para registar aumentos no passivo, capital próprio ou receitas, e diminuições no activo e nas despesas. Para cada transacção financeira, existem lançamentos de compensação de débitos e de créditos. O efeito líquido é uma transacção equilibrada que totaliza zero. Ver um exemplo, no Quadro 3.

Deve notar-se que, num sistema informatizado, o utilizador nem sempre pode ver as colunas ou a colocação dos débitos e dos créditos, porque o *software* atribuirá a situação ou estado

### QUADRO 3. Um Exemplo de Débito e de Crédito

Você deseja comprar papel para impressora, cuja encomenda custa 1.000 dólares. Isto será lançado numa conta de despesas chamada Materiais de Escritório. Esta transacção requer a utilização de fundos que estão depositados numa conta à ordem, que estão marcados como um activo.

A conta de materiais de escritório é aumentada em 1.000 dólares (o lançamento de débito ou número positivo).

A conta à ordem é diminuída em 1.000 dólares (o lançamento de crédito ou número negativo).

1.000 – 1.000 = 0, indicando que o saldo das contas está equilibrado.

| Conta de Caixa | Conta de Despesas | Liquidez |
|---|---|---|
| Conta à Ordem<br>- $1.000<br>(lançamento<br>de crédito) | Materiais de Escritório<br>+ $1.000<br>(lançamento<br>de débito) | $0<br>(saldo equilibrado<br>das contas) |

apropriado com base na natureza da transacção a ser lançada. Contudo, é importante que se compreenda este princípio, visto que alguns lançamentos, tais como os lançamentos gerais de diário ou os lançamentos de ajustamento, normalmente requererão que o contabilista indique manualmente os lados do débito e do crédito do lançamento.

## METODOLOGIAS DE CONTABILIDADE

Esta secção discute três metodologias de contabilidade: **regime de caixa, regime de competência,** e **custeio baseado na actividade.**

**Regime de caixa.** A contabilidade por regime de caixa é relativamente pouco sofisticada. As receitas são registadas quando recebidas, e as despesas relatadas quando pagas. O enfoque é unicamente em quando o dinheiro entra ou sai da organização e não o momento em que a receita foi efectivamente ganha ou quando a despesa foi efectivamente efectuada. Este método de contabilidade pode deturpar seriamente a presente posição financeira de uma organização.

Por exemplo, se uma organização decidiu pagar antecipadamente o aluguer do ano seguinte e comprar todos os suprimentos necessários para o ano seguinte, em Dezembro, o resultado final, no fim de Dezembro, poderá reflectir despesas que excedem grandemente as receitas. Ele não indicaria que essas despesas correspondem à compra de activos e de *stocks* que só serão utilizados numa data posterior.

De uma forma semelhante, se forem efectuadas despesas, mas o pagamento correspondente às mesmas não foi feito ainda, os resultados financeiros parecerão mais positivos do que são na realidade. Com esta metodologia contabilística, seria possível manipular os resultados financeiros de maneira a que eles pareçam mais lucrativos, ou reduzir o passivo do imposto sobre o rendimento programando o pagamento das dívidas.

**Regime de competência.** De modo a apresentar uma posição financeira mais exacta, uma organização pode utilizar a contabilidade pelo regime de competência. Nesta metodologia, as receitas são registadas quando são ganhas e as despesas são registadas quando são efectuadas, independentemente de quando o dinheiro muda de mãos.

Duas contas especiais do balanço patrimonial, as **contas a receber** e as **contas a pagar,** são utilizadas para reconhecer as receitas e as despesas no momento em que elas são realizadas. São compensadas quando o pagamento é efectivamente recebido ou quando a factura de um fornecedor é realmente paga. Isto conduz a uma mais precisa demonstração de perdas e lucros, livre das imprecisões que são possíveis no regime contabilístico de caixa.

Voltando ao exemplo anterior, num regime de competência, o aluguer ou suprimentos pré-pagos seriam registados como activo em Dezembro, sem efeito na conta de despesas até que o aluguer vença e os *stocks* de suprimentos sejam usados. Todos os meses, no ano seguinte, você faria lançamentos para reduzir as contas pré-pagas e reconhecer as despesas reais.

Você pode contabilizar o uso de activos, tais como edifícios, veículos ou equipamentos, ao registar a depreciação, que distribui o custo do activo pela sua vida útil. Por exemplo, apenas um quinto do custo de uma carrinha, que se espera manter-se operacional por um período de cinco anos, seria debitado a cada ano como despesa. De maneira semelhante, o custo de grandes despesas, tais como as de pesquisa e desenvolvimento é, muitas vezes, amortizado, ou seja, repartido por um período de tempo.

**Contabilidade de custeio baseado na actividade.** A contabilidade de custeio baseado na actividade procura calcular o custo total de uma actividade, projecto ou serviço através da alocação ou atribuição de custos de apoio. Por exemplo, o custo de se fornecer um exame médico inclui não apenas o tempo do pessoal médico ou de enfermagem e dos materiais utilizados no exame, mas também uma parcela do custo de aluguer da clínica por uma sala de exames e por uso do equipamento, e até uma pequena parte dos salários do gestor, recepcionista e contabilista da clínica.

A finalidade da contabilidade de custeio baseado na actividade é de rastrear e divulgar os custos totais de todas as actividades técnicas, incluindo uma razoável proporção dos custos indirectos incorridos na execução destas actividades. Existem duas razões principais para se utilizar a contabilidade de custeio baseado nas actividades:

1. Se a organização for auto-suficiente, é importante que se compreenda o custo total das actividades, visto isso permitir tomar decisões bem informadas sobre preços, recuperação de custos e combinação de serviços.
2. Num ambiente de múltiplas agências doadoras, utilizar este tipo de contabilidade permite-lhe cobrar a essas agências apenas pelos custos que eles tenham concordado em cobrir.

## TIPOS DE CUSTOS

Há dois tipos gerais de custos que podem ser incorridos dentro da sua organização: **custos directos** e **custos indirectos**.

Os custos directos são incorridos exclusivamente para um dado projecto ou actividade programática. Por exemplo, uma organização poderá adquirir e distribuir preservativos, como parte de um projecto de planeamento familiar. O custo dos preservativos seria um custo directo para esse projecto porque existe uma ligação directa a essa e apenas a essa actividade.

Existem duas categorias básicas de custos indirectos: (1) custos gerais e administrativos, que não podem ser afectados a nenhuma categoria em particular, e (2) custos indirectos relacionados com actividades programáticas mas não exclusivamente com um único projecto ou programa.

**Custos gerais e administrativos (G&A).** Os custos G&A, também chamados de despesas gerais são despendidos para benefício de toda a organização. São essenciais para a execução

do trabalho técnico mas não podem ser directamente afectados a um projecto ou actividade em particular. Os exemplos são:

- Imobiliário: literalmente, o tecto sobre as cabeças, inclui o arrendamento e os serviços de abastecimento público (água, electricidade);
- Laboral: os salários para o pessoal administrativo, de contabilidade, da manutenção e da gestão geral, que fornecem apoio a todos os projectos;
- Suprimento de materiais de escritório, tais como papel, produtos para computadores, produtos de limpeza, caso sejam para utilização geral dos trabalhadores;
- Equipamento de escritório a ser utilizado por todos, reparações e serviços tais como fotocópias, correio, telefone e acesso à internet.

**Custos indirectos de actividades técnicas, incluindo a gestão a elas relacionada.** São custos incorridos especificamente para benefício de actividades programáticas, mas que são comuns a diversos projectos ou actividades. Estes custos podem incluir salários, materiais, equipamentos ou outros custos que sejam despendidos apenas para benefício de actividades programáticas específicas.

Muitas vezes, as agências doadoras restringem os montantes que podem ser aplicados a despesas gerais indirectas, ao estabelecer limites para essas despesas nos orçamentos dos projectos; elas preferem que os fundos doados sejam usados em actividades do projecto ou do programa que elas estejam a patrocinar, em vez de apoio geral à organização. Com isto em mente, a sua organização poderá ser capaz de transferir legitimamente alguns custos tradicionalmente indirectos para custos directos, caso se possua a tecnologia para minimizar o fardo contabilístico.

Por exemplo, as fotocopiadoras e os sistemas telefónicos podem muitas vezes ser modificados para requererem códigos de despesa que possibilitem proceder à análise das contas segundo o código da actividade. Os diários de utilização podem também ser mantidos manualmente para estes tipos de encargos. Contudo, a disciplina exigida para manter esses diários de maneira sistemática, assim como o esforço exigido para analisar e tabular os registos todos os meses pode não justificar o benefício derivado da alocação directa destes custos.

Os métodos e os sistemas requeridos para atribuir custos directamente aos projectos não devem consumir tanto tempo ou ser tão caros ou onerosos que o seu peso seja maior que os benefícios.

Os custos indirectos podem ser ainda definidos, quer como **custos alocáveis** ou **custos atribuíveis.** São tratados separadamente no Apêndice C. O Apêndice D mostra como calcular uma taxa de custo indirecto.

Quando os custos que beneficiam múltiplas actividades devam ser repartidos entre essas actividades, a lógica para a distribuição desses custos deverá reflectir razoavelmente o benefício. Por exemplo, se uma organização quiser atribuir o custo da conexão à Internet e do servidor de correio electrónico, ela pode utilizar uma percentagem com base no número de pessoas a trabalhar numa determinada actividade. Uma actividade que empregue mais pessoal suportará uma porção maior do custo dos serviços de Internet.

## IMPLEMENTAÇÃO DA CONTABILIDADE DE CUSTEIO BASEADO NA ACTIVIDADE

Em primeiro lugar, a sua organização deve decidir como definirá as suas actividades (ver o Quadro 4) e em que nível de detalhe. Esta decisão fundamental afecta o tipo de sistema

### QUADRO 4. Definição de Actividades

O que é que a sua organização define como actividade (ou projecto ou subprojecto) é, muitas vezes, baseado na forma como as agências doadoras ou os conselhos de administração requerem os relatórios financeiros, ou como os funcionários afectos aos programas gerem e monitoram os planos operacionais e os orçamentos.

As definições de actividades, projectos ou subprojectos dependem de:

- origem dos fundos, por ex., um contrato/acordo com a agência doadora;
- áreas de resultados de saúde, tais como planeamento familiar, doença infecciosa ou sobrevivência infantil;
- regiões geográficas;
- intervenções do programa, tais como prestação de serviços, formação ou comunicação sobre mudanças de comportamento;
- departamentos operacionais.

contabilístico requerido e pode levar a uma decisão sobre como é que os registos são organizados, quer sejam compilados manualmente ou seja necessário novo *software.* O Apêndice E, traz informação sobre a selecção de *software* de contabilidade, e o Apêndice F faz recomendações sobre a implementação de novo *software.*

A implementação de um sistema de contabilidade de custeio baseado nas actividades requer que os custos sejam atribuídos à actividade em causa, *no momento em que ela é efectuada.* Isto requer um sistema contabilístico que seja capaz de rastrear e relatar os custos desta maneira, ao utilizar tais processos como:

- os registos de horas em que cada funcionário indica quanto tempo despendeu a apoiar cada actividade codificada;
- as ordens ou pedidos de compras que indicam a que actividade se destina um determinado produto ou serviço;
- a atribuição de custos de deslocação ou viagens (tais como a utilização de veículos da organização)-a actividade que cobre o transporte, o alojamento, as refeições ou outros custos relacionados com viagens.

Todo o pessoal, e não apenas o pessoal da contabilidade, deve utilizar estes processos, porque só a pessoa que deu origem ao custo sabe e pode saber que actividade é que o custo está a apoiar. Caso a sua organização não tenha já estabelecido este sistema, poderá verificar-se alguma resistência quanto à adopção dos novos processos e dos novos formulários. Visto que os sistemas de gestão dependem de pessoas, fazer ver ao seu pessoal a razão das alterações vai encorajá-los a cooperar. Ao proceder a essa transição, você pode aplicar os princípios de liderança e gestão através da mudança, descritos neste manual, mais concretamente no Capítulo 2.

## EFICIENTE UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS

Numa organização, qualquer pessoa que detenha o controlo da utilização ou da compra de recursos é um gestor financeiro. Este papel não se limita ao pessoal de contabilidade ou aos gestores que aprovam orçamentos ou assinam cheques. Em diversos graus, todos os membros do pessoal actuam como administradores e guardiões e têm custódia sobre os activos, em nome das agências doadoras, dos patrocinadores, dos proprietários e dos utentes a serem servidos.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

Caso você tenha atribuições que lhe permitam incorrer num custo, utilizar um activo, elaborar ou aprovar um orçamento ou contrair uma obrigação financeira em nome da organização, ocasionalmente você deverá "usar o chapéu" de um gestor financeiro. Qualquer decisão que você adopte que afecte o uso dos recursos da organização terá impacto na capacidade da organização de prestar os serviços de saúde na quantidade e com a qualidade desejadas.

Portanto, é importante poder reconhecer uma **obrigação financeira,** que pode ser definida como um contrato para oferecer os activos de uma organização – geralmente dinheiro – em troca de bens, serviços ou outros activos. Você assume uma tal obrigação quando emite uma ordem de compra, assina um contrato de arrendamento ou "lease", adjudica um contrato a um consultor ou fornecedor, ou faz uma oferta de trabalho a um funcionário em nome da sua organização.

Como gestor, você deve procurar continuamente fazer o uso mais eficiente possível dos recursos limitados para atingir as metas e os planos estratégicos da sua organização. O ambiente está constantemente em mudança, devido a factores tais como as novas tecnologias, as exigências do mercado, a escassez de recursos e as situações políticas.

A gestão financeira exige que você utilize práticas de gestão e liderança tais como explorar o ambiente e monitorar as mudanças à procura de oportunidades para mudar as práticas operacionais ou alterar os planos de maneira a que a sua organização possa tirar partido de – ou actuar contra – essas mudanças.

Os exemplos dos passos que os gestores podem dar para enfrentar os défices e variações de planos, incluem:

- **reduzir custos,** tomando medidas como reduzir o pessoal ou mudar os horários de funcionamento;
- **aumentar os preços** dos serviços e dos produtos básicos;
- **recorrer ao marketing** para aumentar as vendas;
- **modificar a combinação de serviços ou de produtos,** de maneira a eliminar elementos menos rentáveis;
- **alterar a programação das actividades ou sua expansão** para corresponder melhor à programação das entradas de receitas;
- **criar uma estrutura de pessoal** que estabeleça a separação das funções;
- **implementar políticas de controlo interno** que protejam contra o roubo, a fraude, o uso indevido ou a perda de recursos;
- **contratar pessoal de contabilidade e auditores externos competentes,** bem como orientar os directores da organização quanto aos seus papéis na gestão e solidez financeira da organização.

O Quadro 5 mostra outras maneiras de se conseguir o melhor com escassos recursos.

Como gestor, você deve ter a meta final em mente: prestar serviços de saúde de qualidade a um preço que os utentes sejam capazes de pagar ou que possam ser apoiados por outras fontes de financiamento. Dependendo das circunstâncias, a sua habilidade para influenciar a situação poderá ser limitada. Muitas vezes, as agências doadoras especificam como é que os recursos doados podem ser utilizados e, como condição para a doação, exigem certos relatórios. As agências doadoras podem estabelecer limites orçamentais e tectos de custos aprovados.

Os fundos também podem ser doados segundo certos princípios de custos que definem que tipos de custos são ou não autorizados, tal como proibições da utilização de fundos para actividades de diversão ou consumo de bebidas alcoólicas.

### QUADRO 5. Três Práticas Eficazes de Economia para os Gestores Financeiros

**Substituição.** Caso a sua análise do orçamento ou das declarações financeiras revele um défice, você poderá ser capaz de substituir os meios de produção de custo mais baixo: força laboral, materiais, serviços subcontratados ou modos de viagem. São exemplos procurar novos fornecedores que ofereçam preços mais baixos, ou viajar em classe económica em vez de na classe executiva.

**Economia de escala.** Você pode ser capaz de negociar melhores preços para bens e serviços necessários comprando em grandes quantidades ou estabelecendo contratos de longo prazo com os fornecedores. Isto pode ser uma abordagem prudente, se houver dinheiro ou crédito adequados para as compras e se os suprimentos armazenados tiverem proteção contra perda, roubo e deterioração.

É importante decidir se a economia obtida ao comprar em volume vale a pena quando comparada ao custo de uma possível deteorioração dos suprimentos e de se ter tanto dinheiro preso em um *stock* inactivo e não mais disponível para as necessidades imediatas.

**Redução da capacidade inactiva.** Se os funcionários ou os centros não forem utilizados plenamente, você pode atribuir-lhes outras funções, ou emprestá-los ou arrendá-los a outros. Por exemplo, os gabinetes vazios podem ser alugados a uma outra organização ou uma secretária com tempo livre durante o dia pode ser treinada para assumir funções contabilísticas. Estes funcionários ou instalações representam custos irrecuperáveis (fixos). Embora os custos totais destes recursos não variem, pode-se produzir mais incorrendo nos mesmos custos ou podem ser gerados recursos adicionais para compensar alguns deles.

## Gestão do risco

A tarefa de gerir os riscos no seio da organização é, muitas vezes, atribuída aos gestores financeiros. Embora alguns riscos sejam programáticos, muitos caem no domínio da gestão financeira.

Os riscos possuem três elementos comuns: uma ocorrência ou prática negativa, a probabilidade de uma ocorrência e a gravidade da ocorrência. Os custos ou as perdas podem ser monetários ou intangíveis, tais como uma queda na reputação da organização ou um declínio na confiança dos utentes ou agências doadoras.

### ALGUNS RISCOS RELATIVOS À GESTÃO FINANCEIRA

Os gestores financeiros devem lutar contra e gerir inúmeros riscos, tais como:

- falta de informação sobre os custos reais do fornecimento de produtos ou serviços;
- acreditar que pode compensar os riscos através de maior volume, sem se dar conta de que se estiver a gerar perdas, o maior volume apenas cria perdas maiores;
- dependência das agências doadoras ou de um número limitado de agências doadoras;
- estabelecer preços muito baixos para os serviços;
- falha em monitorar as mudanças do ambiente;
- aceitar práticas deficientes de preparação de orçamentos, planeamento e apresentação de relatórios;
- deixar de aproveitar as oportunidades;
- não cobrir as despesas gerais.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

As estratégias para se lidar com o risco incluem aceitar, evitar e controlar. Você pode aceitar o risco e incorrer a perda, evitar o risco, ou controlá-lo através da mitigação e da contingência.

**Risco:** Potencial de ocorrência de um evento com consequências negativas.

Risco = custo de um evento negativo x a probabilidade de esse evento ocorrer.

**Mitigação.** A mitigação é uma técnica de actuação antes da ocorrência do facto. Requer uma análise do que poderia acontecer, a probabilidade de vir a acontecer, e até que ponto os resultados seriam prejudiciais. O objectivo é o de estabelecer normas e procedimentos para monitorar quaisquer eventos ou circunstâncias que possam desencadear acções de risco, e preveni-los, controlá-los ou diminuir a sua gravidade. A análise da informação financeira é uma forma de monitorar os riscos e de quantificar os resultados.

**Contingência.** A contingência é uma técnica de actuação após a ocorrência. Envolve o estabelecimento de planos que possam ser rapidamente mobilizados, caso ocorra o evento indesejado. Ao analisar cuidadosamente os possíveis riscos, talvez possa identificar possíveis soluções. A contingência disponibiliza a "cura" para as consequências após a ocorrência de um evento negativo. O mais sensato é incluir reservas de programação e orçamento nos planos dos projectos para cobrir riscos que não possam ser mitigados.

As directrizes para a elaboração de um plano de gestão de riscos aparecem no Apêndice G.

## DOCUMENTAÇÃO DE TRANSACÇÕES FINANCEIRAS E PISTAS DE AUDITORIA

Todas as transacções financeiras devem ser totalmente documentadas, desde a aprovação inicial até ao pagamento final. Isto inclui as ordens de compra aprovadas, recibos de envios, e facturas dos fornecedores devidamente datadas e discriminadas. Todas as transacções devem ser rastreáveis aos relatórios financeiros e extractos bancários. Geralmente, isto é feito através da atribuição de um número único a cada transacção financeira que vai da documentação original até ao sistema contabilístico e os relatórios subsequentes.

Todas as transacções devem ser previamente aprovadas pelo director ou gestor da actividade que for o mais apropriado e que esteja autorizado. A autorização prévia é um elemento essencial do controlo financeiro. Caso a aprovação só seja dada após a transacção ter ocorrido e o cheque assinado, é demasiado tarde para impedir um uso não autorizado ou uma má utilização dos fundos. O Quadro 6 indica maneiras de se certificar de que a aprovação se justifica.

A documentação deverá reflectir claramente a finalidade da despesa e, quando aplicável, o contrato apropriado com a agência doadora ou a fonte dos fundos. Caso sua organização utilize a contabilidade de custeio baseado nas actividades, a actividade e o código que lhe tiver sido atribuído deverão aparecer na documentação.

### QUADRO 6. Questões a Formular Durante o Processo de Aprovação

- Os produtos ou serviços desejados são necessários à actividade ou às operações em geral?
- A transacção está de acordo com as políticas da organização, as exigências das agências doadoras e as disposições legais?
- O preço é razoável?
- Existem fundos previstos no orçamento para cobrir esse custo?
- Esse custo atende aos verdadeiros interesses da organização e daqueles que ela serve, em vez dos objectivos pessoais dos funcionários ou da direção da empresa?

## DOCUMENTAÇÃO ILUSTRATIVA POR TIPO DE DESPESA

As facturas devem ser emitidas em nome da organização e não em nome de qualquer funcionário, excepto nos casos de reembolso de despesas de viagens, que serão emitidos em nome do viajante. Isso indica que os custos facturados estão relacionados com o trabalho e não com despesas pessoais.

Adicionalmente, todos os recibos e facturas deverão identificar claramente o nome e o endereço do fornecedor que emite a factura, os detalhes completos dos produtos ou dos serviços que foram fornecidos ou prestados, e uma discriminação detalhada dos custos. Devem ser utilizados vales (*vouchers*) Um vale é um comprovativo que mostra um resumo rápido da transacção: número do cheque, montante, código de conta, data da transacção e aprovação.

**Salários e benefícios dos trabalhadores.** A documentação necessária para o pagamento de salários e a atribuição de benefícios inclui:

- folhas de horas trabalhadas por cada funcionário assinadas, datadas e aprovadas;
- folhas de cálculo ou outros registos que indiquem as deduções de impostos ou outras retenções na fonte pagadora;
- registos que mostrem licenças, pensões e outros benefícios pagos a cada funcionário;
- documentação relativa a aumentos salariais aprovados por um funcionário autorizado;
- políticas de pessoal e escalas de pessoal documentadas que descrevam os benefícios a que um funcionário tem direito e as retenções na fonte a que um trabalhador está sujeito.

**Pagamentos aos consultores ou a subcontratados.** Para esses pagamentos, serão necessários os seguintes documentos:

- cópia do contrato assinado ou do acordo de consultoria, descrevendo os termos de pagamento e os requisitos para a aceitação dos serviços técnicos;
- descrição do termo de referência;
- factura do subcontratado ou consultor;
- aprovação por escrito do supervisor técnico de que o trabalho foi concluído e de que sua qualidade é aceitável.

**Materiais e suprimentos.** Para pagar pelos materiais e suprimentos, é preciso:

- pedido de compra ou requisição aprovado;
- ordem de compra aprovada;
- factura detalhada do fornecedor;
- prova de recebimento de todos os produtos em boas condições de utilização e conforme especificado;
- aprovação dos custos finais e codificação.

**Arrendamento e custos de ocupação.** Os documentos deverão incluir:

- contrato de arrendamento assinado;
- recibos detalhados das companhias de serviços de abastecimento público (água, electricidade, gás);
- recibo do arrendamento.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

**Equipamentos e bens de capital.** São, geralmente, artigos de elevado custo, duráveis e com uma vida útil de mais de um ano. A organização ou o seu financiador fixa os limites de custo e vida útil dos equipamentos e outros bens de capital. Deve haver:

- processo de compras devidamente documentado, incluindo as especificações técnicas, cotações de preço, anotações sobre a selecção;
- aprovação por parte do conselho de administração directores ou do comité de concurso de licitação, se aplicável;
- factura do fornecedor;
- prova de que o artigo foi entregue e que estava numa condição aceitável de utilização;
- informação que permita o rastreio dos activos até aos registos dos *stocks,* tal como números de série, números de modelo, descrição dos activos, data da entrada em serviço, custo e localização física do activo;
- detalhes sobre a disposição ou retirada dos activos que deixaram de funcionar ou já não são necessários.

**Reembolso de despesas de viagem.** Caso as despesas de viagem tenham sido pagas directamente pelo viajante e reembolsadas pela organização, deverão ser exigidos os seguintes documentos

- pedido de reembolso de viagens, assinados e datados pelo viajante, incluindo um itinerário completo declarando a finalidade da viagem;
- recibo de alojamento, se aplicável;
- recibos relativos a outras despesas de viagens, tais como tarifas de táxi, bilhetes de avião e pagamento de obtenção de vistos;
- prova de que a viagem foi previamente aprovada por uma pessoa autorizada ou pela agência doadora.

Além da documentação relacionada com transacções financeiras específicas, é essencial haver normas e procedimentos financeiros bem documentados. Essas normas constituem a estrutura dentro da qual o pessoal desempenha as suas funções e representam as expectativas de desempenho. Estas normas e procedimentos apresentam também o enquadramento dentro do qual a sua organização será auditada e responsabilizada pela direcção, pelos proprietários e pelas agências financiadoras.

As agências financiadoras, muito frequentemente, exigem normas e procedimentos claros e bem documentados, que sejam evidência de um ambiente controlado e assegurem que os activos serão tratados de acordo com sólidas práticas de gestão e de uma maneira que apoie a missão. A importância das normas e procedimentos e das directrizes para estabelecer e documentar os procedimentos operacionais padronizados (em inglês, SOP ou *Standard Operating Procedures*), é tratada na secção "Utilização de Normas e Procedimentos para Reforçar o Controlo Interno".

## Conflito na interesses e conduta antiética

Existe um conflito de interesses quando uma pessoa numa posição de poder ou de confiança tenha interesses pessoais ou profissionais concorrentes que tornem difícil cumprir imparcialmente as suas obrigações. Por exemplo, um funcionário poderia explorar a sua capacidade profissional para benefício pessoal ou profissional, ao trabalhar para uma empresa concorrente.

Um conflito de interesses pode existir mesmo se não resultar em quaisquer actos impróprios. Se houver possibilidade do público considerar uma relação ou acto como impróprios, mesmo essa mera *aparência* de conflito de interesses deve ser evitada.

## TIPOS DE CONFLITO DE INTERESSE

Várias situações podem criar um conflito de interesses ou a aparência de um conflito de interesses:

- Um emprego externo pode levar a que os interesses de um trabalho entrem em conflito ou compitam com os interesses do outro.
- Se seu cônjuge ou um parente próximo for empregado por uma firma que venda produtos ou serviços à sua organização, uma decisão imparcial poderá ser, ou dar a impressão de ser impossível.
- Empregar ou promover um parente próximo pode dar a impressão de nepotismo – favoritismo com base numa relação familiar.
- Presentes por parte de amigos ou de associados que procuram estabelecer relações comerciais com a sua organização poderia ser ou parecer uma forma de suborno.
- Se o agente de compras recebe um bónus porque manteve as compras da organização abaixo do valor previsto no orçamento, esse incentivo financeiro pode motivar a pessoa a comprar artigos de qualidade inferior e mais baratos, em vez de procurar bens que representem a melhor relação preço-qualidade para a organização.

## OUTROS ACTOS IMPRÓPRIOS

O uso pessoal ou em benefício próprio dos activos e equipamentos da organização ou do governo é, geralmente, considerado antiético. Usos desse género constituem fraude.

## COMO MITIGAR OS CONFLITO DE INTERESSES

A melhor maneira de lidar com os conflitos de interesses é evitá-los inteiramente, mas isso nem sempre é possível. São enumeradas a seguir formas de se limitar a influência dos conflitos de interesse, nomeadamente:

- **Recusa:** abster-se de participar numa decisão da organização na qual se tenha um conflito de interesses, real ou aparente.
- **Divulgação:** identificar publicamente quaisquer potenciais conflitos de interesses para que fique claro se uma decisão poderia ser indevidamente influenciada.
- **Avaliação por terceiros:** contratar uma firma respeitada, independente e bem qualificada para tomar uma decisão, quando a pessoa que deveria tomar a decisão tenha um conflito de interesses.
- **Códigos de ética:** directrizes escritas que especificam o comportamento esperado e as medidas a serem tomadas quando existe um conflito de interesses e actos proibidos.

A evidência de potenciais conflitos pode fazer com que as agências doadoras se desinteressem em dar o apoio necessário, ou induzir os concorrentes a apresentar uma denúncia, ou a fazer uma declaração pública que pode danificar a reputação da sua organização. Caso tenham sido usados fundos públicos, as denúncias de corrupção podem resultar em processos legais, multas ou até prisão. Além disso, se o seu pessoal sentir que os encarregados das compras da organização estão a beneficiar pessoalmente das suas posições para receber presentes ou privilégios dos fornecedores, seja para si próprios ou seus familiares, o baixo moral pode prejudicar o clima de trabalho e o desempenho da sua organização.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

O Capítulo 3 deste manual discute como prevenir conflito de interesses, especialmente para os quadros directivos.

### PRÉ-QUALIFICAÇÃO DOS FORNECEDORES

Embora seja recomendado que a sua organização recorra completa e abertamente à concorrência para seleccionar fornecedores, fazer isso em relação a todas as transacções pode consumir tempo e sair caro. Uma técnica que se revela útil nos casos de compras recorrentes, tais como as de materiais de escritório ou serviços de viagens, é a pré-qualificação.

Para pré-qualificar um fornecedor, siga inteiramente o processo de compras para pré-qualificar um fornecedor que ofereça os melhores valores para os tipos específicos de bens ou serviços. Uma vez feita a selecção, esse fornecedor pode ser qualificado como o fornecedor preferido para os ditos bens ou serviços, por um período específico (geralmente um ano ou menos) e dentro de uma faixa específica de preços. Poderá então utilizar uma **ordem ou contrato geral** para cobrir múltiplas compras do mesmo fornecedor, sem ter que obter cotações ou fazer licitações separadas para cada uma dessas compras posteriores.

O processo utilizado e os critérios de pré-qualificação, que inclui disposições quanto à revisão da qualificação e a re-certificação do fornecedor, deverão ser minuciosamente documentados. Isso agiliza o processo, poupa tempo e esforço.

## Gestão das compras

As compras ou aquisições englobam os processos de adquirir ou contratar bens e serviços, entre eles medicamentos e contraceptivos. Esses processos podem incluir produtos e serviços amplamente disponíveis no mercado ou serviços técnicos especializados prestados sob contratos com consultores e prestadores de serviços.

Manter boas práticas de compras é de importância crítica, porque é provável que um montante significativo dos recursos financeiros da sua organização sejam comprometidos durante o processo de aquisição. Políticas e procedimentos devem estar em vigor para orientar os gastos e garantir que estes sejam apropriados, éticos e livres de corrupção ou fraude ou dos interesses pessoais dos funcionários. Caso sejam utilizados fundos públicos ou de agências doadoras, as aquisições devem estar sujeitas a rigorosas leis e regulamentos que proíbam o suborno e a aceitação de comissões ocultas (definidas no Quadro 7) e exijam a divulgação de potenciais conflitos de interesses.

As políticas e procedimentos da sua organização relativamente às compras devem estar documentados por escrito e à disposição de todo o pessoal que se ocupe da compra de bens ou serviços para a organização. As políticas e práticas de compras devem cumprir a legislação

**QUADRO 7. O que são Subornos Ocultos?**

Subornos ocultos são pagamentos ou outros tipos de remuneração feitos para influenciar e ganhar um proveito indevido de um indivíduo ou companhia. Essencialmente, as propinas são subornos pagos por fornecedores potenciais. Um indivíduo ou companhia utiliza o suborno para obter uma vantagem, benefício ou oportunidade imerecidos, em detrimento de outros potenciais fornecedores que talvez sejam mais bem qualificados ou ofereçam preços mais competitivos. Em muitos países, dar e receceber subornos ocultos é considerado crime, porque os subornos interferem com a concorrência leal e justa no mercado e impedem a existência de "um campo de jogo nivelado", ou seja, a igualdade de oportunidades para todos os potenciais fornecedores.

local, as práticas contabilísticas geralmente aceites e as exigências das agências doadoras, quando aplicáveis.

As políticas e procedimentos devem, igualmente, reflectir a filosofia e os valores da organização e dos doadores. Finalmente, as políticas e procedimentos de compras devem ter em vista os legítimos interesses da organização, mas também devem ser suficientemente flexíveis para atender a outras exigências, caso lide com múltiplas agências doadoras.

Dois outros princípios básicos aplicam-se a todas as actividades de compras:

1. A preferência pessoal não deve ser um factor na decisão da compra. Todas as propostas devem ser objectivamente consideradas.
2. A compra deve ser – e deve parecer ser – aberta e justa. A organização está a utilizar recursos de outros, seja de agências doadoras, dos contribuidores privados, proprietários ou accionistas. Uma administração apropriada destes fundos é essencial.

A utilização de fundos governamentais ou das agências doadoras poderá exigir regras ou níveis adicionais de complexidade, incluindo alguns que estão em conflito com as práticas comuns da sua organização ou com as práticas normais de condução dos negócios do local onde ela actua. A organização deve pesar sua disposição e capacidade de se conformar a essas regras, antes de aceitar os fundos. Se aceitar os fundos, as políticas, procedimentos e estruturas operacionais da organização terão que garantir a conformidade com esses requisitos.

## PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS DE COMPRAS

Ao comprar bens e serviços, há diversos procedimentos que uma organização deve seguir:

- Todas as aquisições devem ser devidamente autorizadas antes da compra se efectivar, com base nos controlos internos e nas autoridades signatárias estabelecidas dentro da organização.
- As aquisições devem ser razoáveis e necessárias para as actividades ou operações.
- Deve haver fundos adequados e disponíveis para cobrir as despesas de compras. Se não houver fundos no orçamento, estes devem ser captados ou deverá ser tomada uma decisão de reduzir ou eliminar outros custos.
- Devem ser emitidas ordens de compra para a aquisição de todos os produtos, excepto os comprados com dinheiro em caixa. As ordens de compra constituem a base de um acordo entre a organização e o fornecedor, ao especificar os direitos e as responsabilidades de ambas as partes.
- Os itens comprados deverão ser mais vantajosos para a organização quando o preço, a qualidade e outros factores tiverem sido considerados. O enfoque está na obtenção do melhor valor global e não necessariamente no preço mais baixo.

Uma concorrência aberta envolve a procura de múltiplas ofertas de fornecedores potenciais, para ajudar a obter os preços mais baixos ou o melhor valor. A concorrência aberta ajuda a prevenir o conluio (cumplicidade) entre os agentes da compra e os fornecedores, o que poderia levar à fixação de preços, ao suborno, comissões ocultas ou outras condutas antitéticas. O nível da concorrência deverá reflectir o nível do risco que uma organização corre e as consequências de uma prática imprópria.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## ELEMENTOS DAS BOAS PRÁTICAS DE COMPRAS

O bom senso e a praticidade são activos importantes no desenvolvimento das práticas de compras. Para fins de eficiência, os processos e os requisitos documentais não devem ser mais difíceis e trabalhosos do que o necessário, tendo em vista o risco envolvido. De um modo geral, os procedimentos cobrem diversos níveis de gastos, e tornam-se mais detalhados e complexos à medida que o risco aumenta. Os processos devem ser uniformemente aplicados a todas as compras de natureza, âmbito e tamanho similares – independentemente de quem receba os produtos ou os serviços.

A sua organização deve esforçar-se para seleccionar os bens e serviços mais económicos e reconhecer que "económico" não quer dizer necessariamente o preço mais baixo (ver o Quadro 8). As compras devem resultar na melhor qualidade de produto que se pode ter pelo preço pago, e atender mas não necessariamente superar os critérios de selecção.

Os critérios utilizados e a análise das ofertas devem ser apresentados por escrito e mantidos nos *dossiers* do processo de compra. Deve haver uma nota que explique como a selecção foi feita e que critérios foram considerados. Não deve existir nenhum conflito real ou aparente de interesses que impeça uma selecção imparcial ou que resulte em benefícios pessoais para certos funcionários.

Os artigos a serem comprados devem ser claramente definidos com suas especificações técnicas ou por definição do termo de referência. Isso reduz o risco, ajuda-o a obter aquilo de que precisa, e torna as suas expectativas mais claras para o fornecedor.

O uso correcto de documentos/formulários de compras – ordens de compra, cartas ou contratos com consultores, e subcontratos – é discutido em detalhe numa secção subsequente.

### QUADRO 8. Como obter a melhor relação preço/qualidade

Embora a obtenção de um preço baixo seja sempre desejável, existem outros factores a considerar quando se determina que fornecedor está a oferecer o melhor valor pelo preço pago. Esses factores incluem:

- a qualidade e as características dos bens ou serviços propostos;
- a disponibilidade e o prazo de entrega dos bens ou serviços necessários;
- outros custos que devem ser acrescentados ao preço básico para reflectir o custo total de um item. São exemplos:
  - taxas de entrega e de instalação;
  - custos previstos de manutenção e assistência técnica de rotina, e peças de substituição;
  - custos ocultos relacionados com a operação ineficiente do equipamento, atrasos na entrega ou má qualidade, que afectem outros processos;
  - reputação do fornecedor e das suas políticas e práticas relacionadas com as promessas e as garantias.
  - termos de pagamento.

Envolva aqueles que vão utilizar os bens ou os serviços, para o ajudarem na análise da qualidade e dos custos ocultos, e a determinar o melhor valor pelo preço pago.

## O CICLO DE COMPRAS

O processo de compras segue, em geral, a sequência de eventos descrita abaixo:

1. Determinação da necessidade, definida pela seguinte pergunta:
   - Que bens ou serviços serão precisos?
2. Determinação da estratégia de compras, definida pela pergunta:
   - Que tipo de mecanismo de compras será utilizado (p. ex., ordem de compra, contrato)?
   - Que nível de concorrência é necessário?
   - Que políticas e procedimentos são aplicáveis a este tipo e volume de compras?
3. Emissão do documento de requisição, que geralmente inclui:
   - termo de referência para os serviços;
   - especificações técnicas dos produtos;
   - critérios de selecção que serão utilizados.
4. A selecção do fornecedor, que deve incluir a documentação sobre como e por que razão a escolha foi feita, especialmente se o fornecedor não ofereceu o preço mais baixo;
5. Negociação do preço e dos termos;
6. Adjudicação final do contrato ou ordem de compra ao fornecedor;
7. Recebimento dos produtos ou serviços;
8. Fechamento, aceitação e pagamento, seguidos do arquivamento da documentação.

## REQUISITOS PARA AS SOLICITAÇÕES

As solicitações são pedidos emitidos a potenciais fornecedores quando se pretende adquirir serviços, mercadorias ou outros produtos. O formato e conteúdo da solicitação pode variar, dependendo da complexidade da compra proposta. Contudo, todas as solicitações devem incluir:

- uma descrição clara e precisa dos requisitos técnicos relativos ao material, produto ou serviço a ser adquirido;
  - em concursos de licitação, tal descrição não deve conter características que restrinjam desnecessariamente a concorrência a uma marca ou indivíduo específicos.
- requisitos que o licitante ou o comprador devem preencher, assim como quaisquer outros factores usados para avaliar ofertas ou propostas;
- uma descrição, sempre que tal seja prático, dos requisitos técnicos: funções a serem desempenhadas ou desempenho exigido, designadamente a gama de características aceitáveis ou normas de qualidade minimamente aceitáveis;
- as características específicas que os licitantes devem preencher quando tais itens forem incluídos na solicitação;
- se desejado, características tais como eficiência energética, qualidade ecológica ou outros factores específicos aos valores da organização.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Duas formas comuns das solicitações são o pedido de cotação e o pedido de proposta, descritos a seguir.

**Pedido de Cotação (PQ).** Os Pedidos de Cotação são, geralmente, usados para produtos comerciais e serviços de rotina. Solicita-se ao fornecedor que dê um preço para os produtos ou serviços descritos. Pode também ser solicitado ao fornecedor que forneça mais informações, tais como prazo de entrega e encargos, taxas de manutenção e taxas de instalação. Informe ao fornecedor sobre que elementos serão considerados no processo de selecção final. As cotações fornecidas não são vinculativas, mas podem servir de base para uma ordem de compra vinculativa.

**Pedido de Proposta (PP).** Os Pedidos de Propostas são, geralmente, usados para a aquisição de serviços técnicos. As ofertas resultantes, apresentadas pelos fornecedores potenciais, são vinculativas, geralmente dentro de um período de tempo divulgado. Um Pedido de Proposta apresenta um nível considerável de detalhe sobre o trabalho a realizar, os termos/prazos de entrega, e outros critérios a serem atendidos. Se dedicar o tempo e o cuidado necessários para elaborar uma proposta clara e abrangente, receberá propostas de alta qualidade que podem ser facilmente avaliadas.

## INSTRUMENTOS DE COMPRAS

Um instrumento de compras é um documento ou contrato que vincula a organização e o fornecedor e detalha os termos da venda. O tipo de instrumento de compras utilizado deverá ser apropriado para os bens e serviços a serem adquiridos. Deverá apresentar todos os detalhes exigidos pelo fornecedor para garantir que os bens ou os serviços desejados sejam entregues dentro do prazo requerido. Deverá também documentar o preço e os termos de pagamento acordados, e qualquer disposição sobre cancelamento ou modificação. Estes detalhes ajudam a eliminar potenciais confusões, processos litigiosos e reivindicações financeiras.

Abaixo estão descritos em linhas gerais vários instrumentos comuns de compras. Não fornecemos exemplos específicos porque os requisitos legais dos países variam e, se houver restrições impostas pelas agências doadoras, estas deverão ser incluídas. Indicamos os elementos que deverá incluir em cada instrumento, para garantir que é exacto e adequadamente documentado e que existe uma compreensão clara entre a sua organização e os fornecedores. Os formulários que utilizar deverão ser personalizados com o logótipo da sua organização, endereço e informações para contacto.

As **ordens de compra** são geralmente utilizadas para a compra de bens comercialmente disponíveis. Eles indicam:

- a quantidade e a descrição dos itens a serem fornecidos (poderão incluir os números da peça e do modelo);
- a data até quando se requer que os itens sejam entregues;
- o preço cotado;
- termos de pagamento e de facturação;
- instruções relativas à entrega.

A **ordem de compra (ou contratação)** de serviços pode ser utilizada para a aquisição de serviços administrativos e de apoio, tais como contabilidade, limpeza de escritórios, segurança das instalações, serviços de secretariado ou serviços legais. Estes serviços estão comercialmente disponíveis no mercado de trabalho. Uma ordem de compra de serviços pode também ser utilizada quando o resultado do serviço é mais como um produto. Exemplos de tais produtos são materiais de formação e traduções.

Geralmente, uma ordem de compra de serviços indica:

- o período de execução;
- o termo de referência ou termos de referência;
- o supervisor do trabalho;
- uma lista dos produtos do trabalho, por exemplo, um relatório que deva acompanhar o trabalho;
- preço a ser pago;
- termos de pagamento e de facturamento.

As **cartas** ou **contratos de consultoria** são usados para contratar serviços técnicos de uma pessoa por um curto prazo de tempo. Tais indivíduos são independentes e não podem ser empregados de outras organizações ou de agências governamentais. Os serviços técnicos estão relacionados com a missão básica e actividades programáticas da organização. Tais serviços poderiam ser prestados por um funcionário, mas são contratados de uma fonte externa por várias razões, entre elas:

- A organização dispõe de poucos funcionários.
- O serviço é requerido apenas durante um curto período de tempo e não se justifica a contratação de funcionários a longo prazo.
- Os funcionários da organização não possuem a especialização ou as habilidades necessárias para prestar o serviço.
- A formação de funcionários para o desempenho do serviço fica mais cara e é menos eficiente do que contratar um especialista a curto prazo.

Geralmente, as cartas ou contratos de consultoria especificam:

- o nível de esforço que se espera que o consultor despenda (normalmente expresso em dias);
- a taxa diária a ser paga pelos serviços;
- um acordo sobre despesas com viagens ou despesas menores que podem ser reembolsadas;
- o período de prestação dos serviços, as datas durante as quais os serviços devem ser realizados;
- um termo de referência detalhado, que descreva a natureza dos serviços a serem prestados;
- uma lista de produtos do trabalho que devem ser fornecidos, tais como relatórios;
- um supervisor técnico na organização de contratação;
- instruções sobre o facturamento, ou seja, para quem e até quando deverá ser enviada a factura.

O **subcontrato** é utilizado para contratar serviços técnicos prestados por uma organização. O pagamento é feito à organização destinatária que, subsequentemente, paga os indivíduos que tiverem efectuado o trabalho. A requisição deverá declarar que tipo de instrumento de contratação será utilizado para o contrato adjudicado. Os dois tipos mais comuns de subcontratações são os subcontratos de preço fixo ou de reembolso de custos.

- O **subcontrato a preço fixo** paga um montante fixo à organização que presta o serviço, independentemente do custo real que essa organização terá para prestar o serviço. Um contrato de preço fixo é menos complicado de administrar, mas exige que tanto o ofertante como o comprador tenham o conhecimento e a informação suficientes para concordarem num preço fixo.

- O **subcontrato de reembolso de custos** reembolsa o fornecedor por todos os custos realmente incorridos na prestação do serviço, até um limite autorizado.

Todos os contratos de aquisição, tais como ordens de compra de serviços, contratos de consultoria e subcontratos, devem ser negociados e assinados *antes* do início do trabalho. Seguir este processo significa que todos os termos e preços acordados são aceites antes das verbas serem autorizadas.

### PEDIDOS DE COMPRA

Os pedidos de compras são documentos de controlo interno, utilizados por um funcionário que identifica a necessidade de se adquirir um bem ou serviço. Este formulário é um meio de obtenção de aprovação prévia pelo gestor orçamental ou gestor autorizado para dar início ao processo de compra.

Os pedidos de compras podem ser efectuados através de memorandos ou de correio electrónico mas recomenda-se usar um formulário padronizado para resumir toda a informação requerida e servir como uma peça vital de documentação para o *dossier* da compra. Os pedidos de compras deverão incluir:

- especificações completas e precisas do bem ou serviço a ser adquirido, incluindo indicação do preço, quando disponível;
- a quantidade necessária;
- quaisquer serviços associados que sejam necessários (p. ex., instalação, manutenção contínua);
- possíveis fornecedores, se for apropriado ou conhecido;
- o destinatário pretendido e o local de entrega;
- data limite para a entrega;
- quaisquer requisitos contratuais especiais;
- quaisquer critérios especiais de selecção.

O ciclo de compras é iniciado pela aprovação de um pedido de compra e fornece a informação inicial exigida pelo agente de compras ou pelo comité de licitação.

## Gestão das viagens

Em muitos aspectos, as normas e os procedimentos relativos a viagens seguem todas as directrizes estabelecidas para as compras em geral, porque trata-se da compra de transporte, alojamento e serviços afins. Contudo, deverá considerar que existem alguns elementos específicos das viagens.

Antes de empreender um melhoramento dos procedimentos de viagem, analise os tipos de viagens mais frequentemente realizadas pelo pessoal da sua organização, bem como os factores abaixo indicados.

- A maioria das viagens é para fins de participar em reuniões ou para tratar de assuntos na área local? Viajam para áreas rurais ou remotas para levar a cabo actividades do programa? Trata-se de viagem internacional para assistir a conferências?
- As viagens são efectuadas pela maioria do quadro de pessoal ou limita-se aos quadros superiores?
- O custo das viagens é coberto por recursos das agências doadoras? Muitas vezes, as agências doadoras impõem normas estritas para as viagens e custos relacionados.

- A sua organização possui veículos próprios? A previsão é que os funcionários usem seus próprios veículos para viagens de trabalho?
- Que transporte público está disponível e qual é o estado do sistema de transportes?
- A sua organização enfrenta outras preocupações relacionadas com as viagens?

## CUMPRIMENTO DAS LEIS E REGULAMENTOS

Em primeiro lugar, e acima de tudo, deve-se estabelecer políticas de viagens que requeiram adesão às leis locais e aos requisitos das agências doadoras, e adoptar procedimentos para garantir que essas políticas ou normas sejam sistematicamente seguidas. Caso a sua organização tenha fontes múltiplas de captação de fundos, as políticas de viagens deverão satisfazer todos os requisitos ou então estar bem documentadas e poderem se ajustar para cumprir as várias circunstâncias de captação de fundos.

Entre os requisitos mais comuns estão os de:

- registo, pagamento de impostos e seguros dos veículos próprios da organização;
- seguro de responsabilidade civil para cobrir custos médicos e outros custos de passageiros, caso um veículo da sua organização estiver implicado num acidente viário;
- políticas relativas a operações seguras de veículos, tais como a proibição de conduzir um veículo alcoolizado e a exigência de os condutores e passageiros usarem cintos de segurança;
- limitação dos veículos disponibilizados ou cobertos por agências doadoras ao uso oficial e não pessoal;
- restrição dos custos de viagens (transportes e alojamento) à classe económica ou *standard* e, em algumas circunstâncias, autorização para viajar em classe executiva. (A maior parte das agências doadoras proíbe a utilização de fundos por elas doados para o transporte e alojamento de primeira classe ou classe de luxo, para que a maior parte dos fundos fique disponível para as actividades do programa.)

Muitas vezes, as agências doadoras e os governos estabelecem tarifas ou metodologias para reembolsar o pessoal das refeições e outras despesas que tenham incorrido em viagens de trabalho. Deverão ser estabelecidos procedimentos e normas para garantir o cumprimento desses regulamentos.

A sua organização deve também considerar se estas políticas ou normas se aplicarão a viagens financiadas por outras fontes. Existem benefícios em adoptar um política uniforme para as viagens, mas a implementação de regras muito restritivas das agências doadoras a todas as viagens empreendidas pela organização pode não ser de seu melhor interesse.

## ESTABELECIMENTO DE NORMAS E VALORES DE DIÁRIAS

Se as normas e os limites de diárias e despesas de viagens não tiverem sido definidas pelas agências doadoras ou pelas agências governamentais, a sua organização terá de estabelecer os seus critérios próprios. Entre os elementos a considerar estão as necessidades do viajante:

- Que tipo de instalações de trabalho irão os viajantes requerer? Muitas vezes, as exigências de trabalho fazem com que certos serviços de hotéis, tais como um acesso fiável à internet, salas de reuniões e centros de conferência bem equipados e outros serviços profissionais, sejam um elemento essencial nas viagens.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

- Os funcionários estão a viajar para locais no estrangeiro? A língua, os requisitos alimentares ou factores religiosos ou culturais afectarão a escolha de hotéis aceitáveis ou os custos de alimentação e despesas incidentais de viagens?
- Que meios de transportes ou acordos relacionados com os dias de viagem, escalas de voo e factores afins garantirão um alto custo-benefício, além da segurança, bem-estar e produtividade dos funcionários?

## COMO MANTER A SEGURANÇA DE FUNCIONÁRIOS E DE VEÍCULOS

As políticas relativas a viagens devem incluir elementos que garantam a segurança dos funcionários enquanto estiverem em veículos da organização ou utilizam o transporte público. Estas políticas serão influenciadas pelo ambiente local. Proibições, requisitos e limitações comuns incluem:

- proibição ou restrição a viagens depois do anoitecer ou em determinadas vias;
- proibição de violações de tráfego, tais como o excesso de velocidade, e requerer dos funcionários que paguem as multas por quaisquer violações com os seus próprios recursos;
- exigir a utilização de cintos de segurança por parte dos funcionários;
- exigir que os veículos sejam mantidos adequadamente e que levem pneus sobressalentes, ferramentas básicas e itens de primeiros socorros;
- exigir que os veículos da companhia ou os veículos alugados sejam conduzidos exclusivamente por condutores habilitados e experientes, e portadores de licença ou autorização;
- exigir que os veículos sejam guardados ou protegidos de outra forma durante a noite ou enquanto os condutores estiverem à espera de passageiros;
- limitar os tipos de transporte local que podem ser utilizados e em que circunstâncias;
- limitar a utilização de linhas aéreas de baixo custo ou de provedores de transporte que tenham ou que se saiba terem violado as normas de segurança;
- requerer a selecção de hotéis ou de outras opções de alojamento que forneçam um nível adequado de segurança e protecção e um acesso adequado aos serviços administrativos.

## PROTECÇÃO CONTRA O EXCESSO E O ABUSO RELATIVOS ÀS VIAGENS

O custo das viagens é rigorosamente fiscalizado pelas agências doadoras e pelo público, visto serem áreas comuns para o excesso e os abusos. Os princípios gerais a aplicar são:

- Todas as despesas de viagens cobradas à sua organização ou repassadas para as agências doadoras devem referir-se a custos necessários para conduzir ou supervisionar as actividades do programa.
- Os custos deverão ser os usuais, necessários e razoáveis para a realização do trabalho planeado, considerando a resposta a três questões:
  - A viagem proposta é necessária? Não poderia uma chamada telefónica ou um email atingir o mesmo resultado?
  - A viagem pode ser coordenada com outras necessidades de viagem?
  - Qual é a forma de viagem de maior custo-benefício? O tempo dedicado à viagem tem que ser considerado quando se calcular os custos. Uma viagem de autocarro que demore todo um dia pode não ser o modo mais económico de viajar, quando se pode recorrer a um voo de uma hora.

É preciso estar atento ao seguinte:

- **Custos de transporte e alojamento em classe premium, e viagens de familiares:** Tais custos são rigorosamente analisados. Os custos de viagens que incluam cônjuges e familiares de funcionários ou que incluam fins-de-semana ou feriados são também cuidadosamente examinados. As viagens de pessoal do escalão superior e de membros do conselho de administração constituem uma preocupação especial, visto que essas viagens podem, frequentemente, constituir uma "regalia" ou benefício, em vez de uma necessidade de trabalho.
- **Custos de refeições:** As refeições deverão ser razoáveis para o trabalho e para os locais mas não devem ser exorbitantes. A organização deverá decidir se o custo de bebidas alcoólicas consumidas junto às refeições será permitido nas viagens a trabalho.
- **Montantes fixos ou reembolsos:** A organização deverá considerar se paga ao viajante um montante fixo ou o reembolsa pelas despesas realmente incorridas. Os montantes fixos são, geralmente, mais fáceis de administrar. Consistem em atribuir um montante fixo por dia aos viajantes para a cobertura de refeições e alojamento. É comum a utilização de um método híbrido que fixa um montante que supostamente cobrirá o custo das refeições e custos incidentais menores, e reembolsa apenas os custos reais do alojamento, até um limite superior. Deverá ser consultada a legislação local, visto que os esquemas de valor diário fixo estão, muitas vezes sujeitos ao pagamento do imposto sobre o rendimento. Por exemplo, muitos países impõem o imposto de renda sobre os subsídios de refeição que excedam os custos reais das refeições. O Apêndice H apresenta um guião de criação de um esquema de diárias.
- **Recibos:** Deverá exigir-se que os viajantes apresentem os originais dos recibos que comprovem que na realidade gastaram em serviços tais como refeições, alojamento e transporte. Alternativamente, pode ser fixada uma ajuda de custo diária para cobrir refeições, sem a necessidade da apresentação dos recibos. A ajuda de custo diária deve cobrir refeições normais na área onde se realiza a viagem.

Por fim, as normas relativas às viagens devem ser justas para todos os funcionários. Qualquer impressão de que as viagens e as diárias constituem benefícios para o pessoal de nível superior poderá ter um efeito negativo no moral do quadro de pessoal.

## APROVAÇÃO PRÉVIA DAS VIAGENS E PLANEAMENTO DAS VIAGENS

Em geral, as políticas de viagens deveriam exigir que todas as viagens, à excepção das rotineiras, sejam previamente aprovadas. Além disso, é sensato separar tempo suficiente planear todas as viagens, à excepção das viagens de emergência. A aprovação prévia constitui um importante elemento de controlo para todas as compras; algumas agências doadoras exigem aprovação prévia.

A aprovação prévia significa que existe uma oportunidade para avaliar se a viagem é necessária para as actividades do programa e se existe dinheiro suficiente no orçamento para cobrir a viagem. Além disso, planear com bastante antecedência as viagens gera uma maior probabilidade de se obter tarifas mais razoáveis para os transportes e alojamento. Muitas vezes, as tarifas mais razoáveis são as que se esgotam primeiro. Nos transportes, sobretudo no caso de bilhetes de avião, os preços tendem a ser muito mais elevados quando a compra é feita em cima da hora.

Iniciar o processo com antecedência também dá oportunidade para se planear a cobertura de tarefas necessárias enquanto o viajante estiver fora do gabinete. A existência de planos

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

de utilização dos veículos da organização torna possível coordenar pedidos conflituantes e combinar viagens e/ou itinerários de uma maneira que conserve tempo e combustível.

### FERRAMENTAS PARA A GESTÃO DAS VIAGENS

Existem alguns formulários básicos que devem estar disponíveis para gerir e controlar as viagens, entre eles:

- **Formulário de autorização de viagem.** Este pode ser um formulário de pedido de compras modificado. Além de servir para obter autorização para a viagem de um responsável autorizado, o formulário pode também ser utilizado para aprovar elementos específicos da viagem, incluindo transporte, alojamento e refeições, ou as diárias.
- **Formulário de logística de viagens.** Este pode ser um documento separado ou incorporado ao formulário de autorização da viagem. Este formulário é utilizado para recolher os detalhes sobre as necessidades do viajante: datas da viagem, requisitos de alojamento, necessidades de transporte e outros custos, tais como salas de conferência.
- **Relatório de despesas de viagem.** Este formulário é utilizado para relatar os custos reais incorridos. O formulário é acompanhado de recibos originais.

Estes formulários diferem de organização para organização, visto que eles devem reflectir as normas e o fluxo de trabalho de cada organização. Quer os formulários sejam em papel ou electrónicos, eles deverão facilitar a recolha de informação e a documentação essencial, bem como a aprovação de um gestor orçamental ou outro gestor autorizado.

## Gestão dos activos

Os **activos fixos** ou **bens de capital** são bens duráveis tangíveis que são geralmente caros e têm uma vida útil esperada de pelo menos um ano. Activos fixos comuns são mobiliário, equipamento de escritório, equipamento informático e veículos. Os limites de custo e o ciclo de vida (por exemplo, custo unitário de 1.000 dólares e um ano de vida útil) são, muitas vezes, estabelecidos na legislação tributária local e nos princípios contabilísticos geralmente aceites, e estão ligados às regras dos custos de depreciação nos registos contabilísticos.

As agências doadoras poderão impor as suas definições e limites próprios, os quais poderão ser diferentes das normas estabelecidas pela organização. Caso a sua organização tenha doadores múltiplos, precisará de um sistema robusto para monitorar os bens de capital, incluindo a quem pertence o activo, em última análise. Muitas vezes, a agência doadora retém o título de propriedade.

### DEFINIÇÃO DE BENS DE CAPITAL

Uma organização deve estipular uma definição padrão para todos os activos fixos, ou podem existir diversos limites para diferentes tipos de activos.

A primeira componente de uma norma dos bens de capital consiste nas definições que a organização aplicará para determinar que activos são bens de capital. A definição dos bens de capital deve ser feita em colaboração com a equipa da contabilidade ou com auditores externos, para assegurar conformidade com a lei local. A norma deve detalhar tipos de activos, limites de custo e tempo de vida útil, e incluir o requisito de que estas definições sejam sistemática e uniformemente aplicadas. Processualmente, os registos contabilísticos devem ter contas separadas para a monitoria dos vários tipos de bens de capital e sua respectiva depreciação.

## ACOMPANHAMENTO DOS BENS DE CAPITAL

Conjuntamente com o acompanhamento que ocorre através dos relatórios contabilísticos, os activos fixos devem também ser acompanhados através de relatórios mais detalhados e inventários físicos. Pode haver algum mobiliário e equipamento de escritório que não está de acordo com as definições da organização ou com os seus limites para os bens de capital; itens tais como telemóveis, mobiliário de escritório, impressoras e alguns computadores podem não ser suficientemente caros para serem incluídos no registo dos bens de capital.

Contudo, é razoável manter um registo destes itens em algum tipo de arquivo, para evitar a impressão de que não são controlados, o que poderia abrir uma porta para o uso indevido ou o roubo. Para uma gestão e controlo adequados, deverão ser documentados detalhes sobre os itens, a sua localização, e o funcionário a quem tenham sido confiados.

Todos os itens comprados ou recebidos através de doações que se enquadrem na definição de bens de capital deverão também ser documentados num arquivo de activos. O arquivo deverá incluir:

- Uma descrição detalhada do item;
- Um número de identificação único atribuído pela organização e marcado no próprio activo, tornando mais fácil acompanhar múltiplos itens similares;
- A data em que o item foi comprado ou recebido;
- A data em que foi eliminado ou considerado fora de serviço;
- Informação sobre o fornecedor;
- Números do modelo ou números de série, se aplicável;
- Local onde o item foi posto em serviço: o escritório, o funcionário responsável pela sua custódia, etc.;
- Titularidade ou propriedade:
  - Caso um item tenha sido recebido ou pago por agências doadoras, tenha cuidado em cumprir as regras, se houver, sobre quem tem a titularidade dos activos que poderiam ser incluídos no acordo com as agências doadoras. Por exemplo, a agência doadora pode reter a titularidade e requerer a devolução dos itens no final de um projecto ou estipular que sejam entregues a outro beneficiário.

**O registo de activos.** Este registo pode ser feito à mão ou em folha de cálculo informatizada, ou num conjunto de cartões de inventário. Contudo, é altamente recomendado que seja utilizado um banco de dados informatizado, porque isso facilitará a classificação e relato de dados.

O registo de activos deve ser frequentemente actualizado, preferivelmente logo após os itens terem sido recebidos ou pagos. Os auditores externos podem pedir para analisar o registo de activos para testarem a exactidão dos registos contabilísticos e os custos de depreciação.

É importante que se verifiquem os registos de activos através de um inventário físico, pelo menos uma vez por ano. O inventário deverá ser efectuado por uma fonte independente e não pela pessoa responsável pelo recebimento dos activos ou pela actualização do registo.

Quando são fornecidos activos aos funcionários, tais como computadores ou telemóveis, deve exigir-se que os beneficiários que os recebam assinem um documento que indique que receberam os itens, e que concordam em salvaguardá-los e usá-los apenas para assuntos relacionados com o trabalho, e que os devolverão quando o seu emprego tiver terminado. Deve conservar-se uma cópia desses documentos no processo do funcionário. No final da prestação de serviços, antes de a organização fazer os pagamentos finais ao funcionário deverá verificar-se a devolução dos itens.

Os itens que sejam usados apenas ocasionalmente, tais como um projector LCD, deverão estar guardados em lugar seguro, preferivelmente trancado. Deve exigir-se que os funcionários preencham e assinem uma requisição sempre que utilizem o item. O chefe da secretaria ou algum outro responsável designado, deverá verificar que após a sua utilização o item é devolvido ao *stock*.

As normas deverão documentar as consequências no caso de os funcionários não salvaguardarem ou não devolverem os activos da sua organização. Muitas vezes, estas consequências envolvem um requisito de que o funcionário substitua ou pague pela reparação ou substituição de itens desaparecidos ou danificados. Caso o funcionário deixe a organização antes de ter devolvido um item, a sua indemnização por cessação de funções ou o seu ordenado final poderão ser reduzidos, para cobrir a perda ou dano.

## Gestão do caixa

De maneira a seguir os princípios gerais de gestão do caixa, a sua organização deverá:

- Guardar o dinheiro para pequenas despesas num cofre seguro e trancado;
- Limitar o acesso ao caixa e restringir a sua utilização;
- Seguir um processo completo de compras o mais próximo que for possível e pagar as compras por cheque;
- Implementar um sistema de rastreio de adiantamentos de caixa emitidos e de cobrança de adiantamentos em débito pendentes;
- Apresentar prova de que o dinheiro foi, na realidade, desembolsado para o fim declarado e recebido pelo destinatário pretendido;
- Utilizar bancos ou casas de câmbio de boa reputação para troca de divisas, e documentar as taxas de câmbio;
- Certificar-se de que os funcionários são cautelosos quando transportam dinheiro, e limitar a quantia de dinheiro que levam consigo;
- Registar todas as transacções com pagamento em dinheiro nos relatórios contabilísticos e conciliar as contas mensalmente;
- Limitar o acesso às contas bancárias ao presidente, ao director financeiro, chefe do grupo ou responsável técnico superior e ao gestor financeiro ou gestor de operações;
- Autorizar o conselho de administração ou o comité de gestão a abrir uma conta bancária;
- Manter uma cópia dos registos bancários nos registos da organização;
- Autorizar despesas apenas para custos relacionados com o trabalho, proibindo despesas pessoais ou despesas que sejam consideradas não permitidas pelos acordos com as agências doadoras.

### ADIANTAMENTOS DE FUNDOS

Os adiantamentos de caixa são geralmente oferecidos para cobrir custos de viagens, mas podem também cobrir outras despesas relacionadas com o trabalho que o funcionário tenha que pagar em dinheiro. Um pedido de adiantamento deve incluir documentação sobre a razão de tal adiantamento e deverá ser aprovado pelo gestor apropriado.

Um adiantamento de caixa concedido a um funcionário constitui uma obrigação de débito entre o indivíduo e a organização. Deverá ser limitado a um montante que possa ser prontamente recuperado, tal como o salário de um mês. Os termos para a prestação de contas

e/ou liquidação do adiantamento devem estar claramente definidos, através da apresentação de recibos ou outros documentos.

A organização deverá ter uma política específica para definir se os adiantamentos serão concedidos contra o pagamento de salários subsequentes e, em caso afirmativo, em que circunstâncias. Muitas vezes isso não é prático ou permitido, e recomenda-se que seja limitado a circunstâncias extraordinárias, tal como doença catastrófica. As circunstâncias de tais empréstimos deverão ser documentadas no manual do funcionário e consideradas parte do pacote de benefícios do funcionário.

## PAGAMENTOS

Para fins de controlo interno, quase todos os pagamentos deverão ser feitos em cheque ou transferência bancária. Os pagamentos que não possam ser efectuados por cheque, mas que sejam superiores às transacções convencionais em dinheiro para pequenas despesas, requerem documentação completa sobre a natureza da despesa, bem como um recibo assinado e datado, mostrando que o dinheiro foi recebido pelo beneficiário pretendido.

Não deverão ser assinados cheques em branco. Um cheque não deverá ser passado como pagável em dinheiro à ordem, mas sim em nome da pessoa que levantará o dinheiro. Esta prática previne a apropriação indevida caso o cheque seja perdido ou roubado.

Todos os cheques anulados (cheques a serem destruídos devido a engano) devem ser registados nos registos contabilísticos.

Institua sistemas que tornem possível tirar vantagem de quaisquer descontos em pagamentos à vista e que permitam evitar incorrer em custos financeiros ou juros de mora por não pagar a tempo (pois estas despesas podem não ser permitidas). Também é necessário prevenir contra pagamentos em duplicado.

## UTILIZAÇÃO DO CAIXA PEQUENO

O caixa pequeno é utilizado apenas para despesas pequenas, rotineiras ou urgentes e não como um meio para se evitarem as práticas e os sistemas de compras prescritos. O caixa pequeno deve ser mantido como um **fundo para adiantamentos**, o que significa que o montante de dinheiro e recibos no fundo deve sempre ser igual ao montante estabelecido para o fundo. O caixa pequeno é reabastecido apenas no montante do total dos recibos apresentados. Embora os fundos de maneio pareçam não ser importantes, existe a tentação e eles se prestam ao uso indevido ou controlos inadequados que, com o passar do tempo, podem conduzir a perdas financeiras.

As boas práticas para a gestão do caixa pequeno incluem:

- Manter o caixa pequeno numa caixa trancada ou com um acesso seguro e autorizado a um número limitado de funcionários.
- Manter montantes mínimos de dinheiro em mão. O fundo total deverá ser igual a não mais do que aproximadamente um mês de necessidades antecipadas do caixa pequeno, e pode ser prudente manter um nível mais baixo.
- Apenas uma única pessoa deverá ser a responsável pelo caixa pequeno. Para ter uma boa separação de obrigações, essa pessoa não deverá ser o contabilista.
- Obter recibos assinados para os adiantamentos emitidos pelo caixa pequeno. Tais adiantamentos deverão ser de pequenas quantias e por um curto período de tempo, em geral para despesas do mesmo dia.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

- Obter, sempre que possível, recibos dos fornecedores e agrafá-los aos vales de adiantamento. Se não tiver sido possível obter um recibo de um fornecedor (por exemplo, de um taxista), podem utilizar-se recibos simples, que podem ser comprados num armazém de material de escritório ou impressos num computador.
- Alguém que não seja o responsável pelo caixa pequeno deverá reconciliar e reabastecer o caixa pequeno pelo menos uma vez por mês. Uma outra pessoa deverá aprovar a reconciliação e assinar o cheque de reabastecimento.

## Requisitos e directrizes de controlo interno

Todas as OSCs e ONGs, agências governamentais e entidades com fins lucrativos envolvidas na prestação de serviços de saúde têm as mesmas obrigações para com o público que servem, quer sejam cidadãos, contribuintes, proprietários, doadores ou accionistas. Essas organizações são responsáveis pelo cumprimento de uma missão, que muitas vezes é para benefício das populações mais vulneráveis. Para levarem a cabo as suas responsabilidades, devem possuir sistemas de gestão e de operações adequados, bons controlos internos e funcionários competentes. Os serviços, os materiais e os suprimentos devem ser disponibilizados, para que os funcionários possam levar a cabo as suas actividades. As organizações devem ser capazes de prestar contas aos doadores e à sociedade em geral, em relação à eficiente e apropriada utilização dos recursos.

Com as similitudes nas suas obrigações, surgem desejos e limitações similares.

- Cada organização tem um interesse próprio em proteger os seus activos – incluindo dinheiro, equipamento e imóveis – contra roubo, fraude e terceiros externos à organização.
- As agências doadoras querem ter a certeza de que os seus financiamentos serão sensatamente utilizados e geridos, antes de os confiarem a um contratado ou beneficiário.
- Os conselhos de administração, as agências governamentais, as agências doadoras e as fontes externas de crédito querem garantias de que as declarações financeiras são correctas e atempadas.

Esta secção explica o conceito de controlo interno e da importância de o apoiar com políticas e SOPs (procedimentos operacionais padronizados) claramente documentados.

O **controlo interno** consiste numa estrutura operacional e num sistema de normas e processos de gestão concebidos para proporcionar uma garantia razoável de:

- operações efectivas e eficientes;
- controlo e responsabilidade sobre os activos – dinheiro e equipamento e outros bens – para salvaguardar contra perda, roubo, uso indevido e disposição não autorizada de bens;
- fiabilidade dos relatórios financeiros com base nas transacções financeiras que tenham sido devidamente executadas, registadas e atribuídas;
- conformidade com as normas e procedimentos internos, princípios contabilísticos geralmente aceites e com sólidas práticas de gestão;
- conformidade com as disposições do contrato com a agência doadora e com a legislação governamental.

Um controlo interno adequado é uma função de normas sólidas e de procedimentos bem documentados, bem como funcionários treinados relativamente a esses requisitos e que se comprometem a cumpri-los. Todos os funcionários deverão ser treinados nos procedimentos que lhes são pedidos que utilizem, nomeadamente nos casos de viagens, controlo do tempo de trabalho, e requisição de compras.

## ELEMENTOS DE CONTROLO INTERNO

Além de estabelecerem normas e procedimentos e realizarem cursos de formação, as organizações exercem um controlo financeiro, através da criação de um ambiente controlado, e procedendo à separação das tarefas das pessoas. Nas secções que se seguem, são discutidos estes elementos. Geralmente, os outros controlos internos tratam de funções administrativas, da contabilidade e do processamento de dados

- Os **controlos administrativos** relacionam-se com a tomada de decisões e a autorização de transacções, por exemplo, a aprovação de folhas de ponto, autorizações de viagem, ou a aprovação de ordens de compra.
- Os **controlos contabilísticos** detectam erros antes de serem registadas as transacções financeiras. As transacções financeiras incluem vendas, compras, recibos de caixa das vendas ou das fontes de captação de fundos, e processamento de folhas de pagamento, etc. Tais controlos asseguram que as entradas estão de acordo com os padrões contabilísticos, matematicamente correctos e apropriadamente cobrados às contas ou aos orçamentos. Os controlos contabilísticos ajudam a salvaguardar os activos da organização.
- Os **controlos de processamento de dados** protegem contra erros que possam ocorrer quando os registos financeiros ou contabilísticos são introduzidos nos sistemas computorizados e posteriormente relatados nos relatórios financeiros e de gestão. Como exemplos, incluem-se a utilização de palavras-passe/senhas e de direitos de acesso para prevenir entradas não autorizadas, alterações ou apagamentos de dados.

Examinamos abaixo os controlos internos relacionados com o pessoal, políticas, procedimentos e alguns outros aspectos das funções quotidianas da organização.

### Pessoal

- As responsabilidades financeiras e a autoridade estão definidas nas descrições das funções dos funcionários.
- Um organigrama da organização mostra as linhas de responsabilidade.
- Os funcionários dos departamentos financeiro e de operações têm a preparação, formação e experiência para levarem a cabo as suas funções, e recebem supervisão e formação adicional conforme seja exigido.

### Políticas

- As políticas ou normas são estabelecidas para prevenir conflitos de interesses, especialmente os relacionados com os funcionários que tomam decisões de compras.
- Todos os funcionários afectados têm acesso aos manuais de políticas da organização.
- Todos os funcionários afectados aos serviços, quando são admitidos, e ao longo do seu emprego são orientados e recebem formação sobre as políticas da organização, especialmente quando novas políticas são acrescentadas, ou as existentes são modificadas ou rescindidas.
- Os manuais de políticas são rotineiramente analisados, mantidos e actualizados.

### Procedimentos

- São mantidos procedimentos escritos, relacionados com as práticas financeiras e contabilísticas, de codificação contabilística, e os esquemas de codificação de actividades (ver o Apêndice D sobre codificação e o Apêndice F sobre codificação de estruturas).
- Existem procedimentos escritos para viagens e compras.
- As despesas são controladas por meio de orçamentos operacionais, ordens de compra e autorizações de viagem. Estes sistemas são documentados e uniformemente aplicados a todas as transacções aplicáveis.
- As contas subsidiárias (contas a pagar, contas a receber, adiantamentos a funcionários, contas bancária e caixa) são conciliadas mensalmente com o livro-razão consolidado. As discrepâncias detectadas durante este processo de conciliação podem indicar fraquezas nos sistemas, bem como possíveis ilegalidades financeiras. Como gestor, deve determinar se o tamanho do erro de uma transacção numa conta subsidiária altera significativamente a natureza de uma transacção ou a qualidade do relatório financeiro. O custo ou o trabalho requeridos para resolver o problema podem não valer a pena o esforço.
- Os registos financeiros estão rotineiramente sujeitos a auditoria interna e externa, preferivelmente uma vez por ano. Todas as variantes de orçamentos ou de resultados esperados são prontamente documentadas e conciliadas e, quando justificável, são instauradas acções disciplinares.
- Para planeamento e documentação de rotina, são utilizados formulários padronizados e modelos, tais como autorizações de viagem, ordens de compra, folhas de ponto, e pedidos de licenças.
- As políticas de compras são documentadas e sistematicamente aplicadas para permitir, em grande medida, uma concorrência justa e aberta.
- A melhor relação preço-qualidade é considerada quando são tomadas decisões de compra.
- As funções de compra são mantidas separadas das funções contabilísticas.
- As transacções financeiras e as actividades operacionais com elas relacionadas são aprovadas antes de a organização alocar recursos, de acordo com os planos de trabalho e os orçamentos operacionais aprovados.

### Outros elementos

- Os cheques e o dinheiro são mantidos numa área segura, geralmente à prova de fogo, com acesso limitado.
- São mantidos registos de qualquer aprovação prévia requerida pelo acordo com a agência doadora. Isto pode incluir a aprovação para viagens internacionais, compra de equipamento ou salários.
- São mantidos registos de quaisquer aprovações adoptadas pelo conselho de administração.
- Quaisquer revisões às normas e procedimentos que forem identificadas e tidas como necessárias através de actas de reuniões do conselho, memorandos de proprietários ou de quadros superiores, ou novos decretos governamentais, são prontamente adicionadas aos manuais de políticas e procedimentos da organização, sendo os funcionários alertados sobre as alterações nos processos.
- Existem sistemas em funcionamento para assegurar a gestão apropriada dos suprimentos, do equipamento e de outros activos.
- Bens e outros activos são protegidos ou segurados, na maior medida possível, contra roubo, fraude, fogo ou outra perda catastrófica.

- Alguém que normalmente não tenha responsabilidade para receber ou acompanhar os activos conduz um inventário físico, pelo menos uma vez por ano, para verificar a localização e a condição de todos os activos.
- Os registos financeiros são salvaguardados e mantidos em arquivo, se necessário.
  - Os relatórios financeiros computadorizados são arquivados para referência futura e para satisfazer requisitos fiscais, das agências doadoras e das auditorias. Os ficheiros computadorizados de contabilidade e de operações são protegidos de estragos causados por faltas de energia ou sobrecargas de tensão, e são feitos *backups,* rotineiramente.
  - Os documentos em suporte de papel são mantidos ordenadamente num ficheiro durante o número obrigatório de anos, para satisfazer requisitos de auditoria ou das agências doadoras. Os ficheiros em suporte de papel são protegidos contra danos do fogo e da água.
  - O acesso aos ficheiros informáticos e/ou em suporte de papel é limitado a quem tiver necessidade profissional e autoridade adequada, e os ficheiros sensíveis e confidenciais são mantidos em arquivos protegidos com palavras-passe, em arquivos trancados ou em gabinetes seguros.

## COMO CRIAR UM AMBIENTE CONTROLADO

As normas e procedimentos escritos para as áreas de operações e finanças, devem ser estabelecidos, rotineiramente revistos e actualizados e distribuídos a todos os funcionários. É impossível responsabilizar os funcionários por determinados comportamentos se aquilo que se espera não for dito por escrito e não for feita a devida formação.

É requerida a conformidade para com as normas e os procedimentos estabelecidos, e se um funcionário não cumprir os procedimentos prescritos, deverá ser sujeito a acção disciplinar. As infracções constituem motivo para repreensão e despedimento.

Os papéis e as responsabilidades dos gestores relacionados com transacções financeiras devem ser claramente definidos nas descrições das suas obrigações, e os gestores devem possuir competências e conhecimentos suficientes, e autoridade para cumprir as suas responsabilidades. Isto deveria incluir também os gestores não financeiros que tenham responsabilidades de gestão de orçamentos ou aprovação de custos em função de seus programas e projectos. Os funcionários de programas ou serviços de apoio e com responsabilidades relativas às, questões financeiras também têm que receber formação e possuir as capacidades e conhecimentos adequados e a autoridade para o desempenho dos seus papéis.

Quando você e os outros gestores demonstrarem respeito pelas normas, procedimentos, leis e requisitos contratuais, isso ajudará a criar o ambiente ideal de trabalho para os funcionários. Como gestor, deverá ter respostas para todos os custos e procedimentos levantados durante um processo de auditoria, quer seja conduzido por auditores internos ou externos. Devem ser corrigidos os problemas e devem ser estabelecidos procedimentos para que não mais ocorram problemas.

O Quadro 9 resume algumas das medidas que a sua organização pode tomar para criar e manter um ambiente controlado.

**Monitoria.** Devem estabelecer-se medidas de protecção contra a fraude e a má utilização ou roubo de activos. A monitoria rotineira deverá incluir a conciliação de relatórios (uma análise ligada a outras fontes, tais como extractos bancários ou livros-razão subsidiários), auditorias internas e externas e análises financeiras, para descobrir problemas e agir prontamente.

## QUADRO 9. Como Criar e Manter um Ambiente Controlado

- Estabeleça e distribua normas e procedimentos claros, por escrito.
- Analise periodicamente as normas e procedimentos e modifique-os, se necessário, de forma a reflectir a situação corrente.
- Dê ou repita a formação dos funcionários sobre as normas e procedimentos que se aplicam ao seu serviço.
- Reserve tempo e recursos para tratar de assuntos operacionais e completar tarefas necessárias, tais como os processos de licitação para as compras.
- Trate dos factores humanos que podem fazer com que os empregados evitem as tarefas que consomem muito tempo e são restritivas.
- Assegure-se de que os funcionários compreendem as razões dos sistemas de controlo interno e das normas operacionais. Há maior possibilidade de agir em conformidade com as leis e regulamentos quando as razões são comunicadas.
- Empregue um modelo de melhores práticas, envolvendo os funcionários numa actividade de melhoramento do desempenho, por forma a fortalecer a gestão financeira e organizacional, em vez de simplesmente impor o que poderia parecer como regras arbitrárias.
  - É provável que este processo resulte nos mesmos procedimentos que estão a ser adoptados e aumente a probabilidade de eles serem seguidos.
  - Quando os funcionários participam da criação de novas práticas e sentem que essas práticas os tornam mais eficientes, bem-sucedidos e tecnologicamente actualizados, eles se sentem orgulhosos de agir em conformidade com as regras em vez de se sentirem constrangidos por elas.
- Faça cumprir as normas existentes, de maneira uniforme e coerente.
  - Quando oficiais, as consequências promovem a conformidade.
  - Se for permitido que algumas pessoas contornem ou infrinjam as regras, os outros indivíduos tenderão também a ignorar as regras.
- Modele o comportamento esperado quanto à conformidade com princípios sólidos de gestão financeira.
  - Se os gestores executivos derem um exemplo no qual demonstrem que valorizam a responsabilidade fiscal e os comportamentos apropriados, é mais provável que o resto dos funcionários também mostrem esses comportamentos.
- Os sistemas informatizados utilizados para os registos e relatos financeiros devem dispor de sistemas de controlo de entrada de dados, controlo de acesso e controlo de segurança, incluindo a utilização de palavras-passe e outros mecanismos.
- Os computadores deverão estar protegidos através de meios de carga ininterrupta e fazendo rotineiramente um backup dos ficheiros, protegendo-os de serem danificados ou de se perderem dados devido à flutuação de energia. Adicionalmente, deve ser instalado antivírus e protecção contra *hackers* e proceder-se a actualizações rotineiras.

Equipamentos, inventários (incluindo medicamentos e contraceptivos), e dinheiro deverão ser submetidos a contagens físicas rotineiras e verificados por comparação com os registos escritos. (O Capítulo 8 apresenta uma secção sobre a gestão de *stocks*.)

A sua organização deverá contratar auditores profissionais externos para analisar os extractos financeiros. Geralmente, eles fazem também uma avaliação do controlo interno e dos sistemas de gestão.

Mas, como os auditores podem estar mais concentrados nos controlos internos relacionados com a contabilidade, talvez queira explorar os sistemas de controlo de actividades operacionais mais amplas, seja ao utilizar os funcionários da organização, ou com a

assistência de um consultor pago. A ferramenta de avaliação QuickStart constitui um bom ponto de partida para esta análise interna. A avaliação QuickStart proporcionar-lhe-á uma compreensão abrangente dos elementos básicos do controlo interno e do controlo de caixa que deverá estar presente nos sistemas financeiros e contabilísticos da sua organização.

Deve ser empreendida uma acção correctiva imediata para lidar com irregularidades e inconformidades não cobertas pelas actividades de monitoria e de auditoria. No caso das OSCs, o conselho de administração é responsável por observar se esta prática padronizada de gestão está a ser levada a cabo. O capítulo 3 deste manual apresenta informação sobre o papel de supervisão financeira do conselho. Os funcionários, e igualmente as agências doadoras, prestarão atenção aos actos dos líderes, como é referido no Quadro 10.

As organizações com um pequeno ou inexperiente grupo de funcionários contabilistas, deverão efectuar análises internas e externas de auditoria mais frequentes ou rigorosas, para verificar se estão a ser seguidas práticas sólidas, e se as transacções financeiras estão em conformidade com as normas e com os acordos contratuais. O outorgante ou agência doadora provavelmente terão exigências mais estritas de monitoria e auditoria para essas organizações do que para aquelas que possuem contabilistas mais experientes.

## SEPARAÇÃO DE RESPONSABILIDADES

Um princípio fundamental de um sólido controlo interno é o conceito da separação das responsabilidades. Ver exemplos no Quadro 11. Numa máxima extensão possível, as responsabilidades financeiras devem ser distribuídas entre os funcionários, de maneira a evitar que uma pessoa detenha o controlo de todas as fases de uma transacção financeira qualquer. Sem uma adequada separação e equilíbrio de poderes, existe a oportunidade de os fundos e outros activos serem indevidamente utilizados ou relatados como resultado de um erro ou de fraude.

A descrição das funções deverá definir claramente os vários papéis e responsabilidades dentro do grupo de funcionários das áreas financeira e administrativa. As responsabilidades fiduciárias dos gestores, tais como autoridade para assinar cheques, aprovar despesas ou abrir contas bancárias, devem igualmente ser incorporadas nas descrições das funções. As listas de autoridades signatárias deverão detalhar os limites, se houver, aos montantes ou tipos de despesas que podem ser autorizadas. Muitas vezes, as grandes transacções financeiras requerem duas assinaturas.

### QUADRO 10. Não Subestime o Poder da Liderança

- Se os funcionários observarem os gestores executivos a agir em conformidade com as normas e procedimentos, vão sentir-se mais inclinados a agir da mesma maneira.
- A posição e o privilégio não vêm com permissão para contornar as regras, mas com a responsabilidade para modelar o comportamento esperado.

### QUADRO 11. Exemplos de Separação de Responsabilidades

- A pessoa que autoriza as compras ou despesas não emite os pagamentos aos fornecedores.
- A pessoa que regista as transacções nos registos contabilísticos não emite os pagamentos.
- A pessoa que emite os cheques de pagamento não faz a conciliação do caixa e das contas bancárias.
- A pessoa que prepara a folha de pagamentos não distribui os cheques de pagamento.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

A separação de responsabilidades pode ser difícil numa organização pequena. Um funcionário superior, tal como o director financeiro, no mínimo deverá aprovar grandes despesas antes de elas serem feitas. A definição de "grande" variará de organização para organização e pode ser definida tanto pelo valor monetário como pelo tipo de despesa. Contudo, todas as aquisições de equipamento e de mobiliário enquadram-se na categoria grande. Para o conselho de administração é comum desempenhar um papel na autorização das maiores despesas.

Em organizações com níveis múltiplos de autoridade orçamental existe, muitas vezes, uma gama de limites para aprovação prévia que é atribuída aos vários níveis da gestão. Os papéis, os limites monetários incluídos na autoridade da aprovação, e quaisquer limites nos tipos de transacções que estes papéis podem autorizar, deverão ser detalhados por escrito e devem circular entre os funcionários.

Depois de a transacção ter sido executada a um nível hierárquico inferior, um nível superior deverá examinar a documentação da despesa, assinar os cheques, analisar e aprovar os relatórios de conciliação bancária.

O uso de comités de licitações e de compras para analisar e aprovar compras substanciais tem também um papel importante num ambiente financeiro controlado. Algumas divisões de responsabilidades podem também ser conseguidas através da atribuição de algumas tarefas a funções não tradicionais, como recepcionistas e secretárias.

## Utilização de normas e procedimentos para reforçar o controlo interno

Normas e procedimentos claros e abrangentes, relacionados com as finanças e as operações, são essenciais para se manter um ambiente eficiente e controlado. Como eles oferecem uma estrutura dentro da qual se espera que os funcionários se comportem e levem a cabo variadas funções, devem estar acessíveis a todos os funcionários, fazer parte da sua orientação sobre o serviço e ser actualizados sempre que as circunstâncias o requeiram.

Consulte o Quadro 1 para se lembrar das definições das normas e procedimentos.

### A NECESSIDADE DE DOCUMENTAÇÃO

Existem várias razões convincentes para que a sua organização documente minuciosamente as expectativas relacionadas com a gestão financeira, transacções das operações de escritório, gestão do pessoal, e compras.

Uma razão prática e muitas vezes a que inicia a actividade documental é que uma potencial agência doadora provavelmente irá exigir tal documentação como comprovação de capacidade empresarial adequada. Geralmente, as normas para pedidos de documentação cobrem as práticas da gestão monetária e de activos, políticas de compras, gestão das viagens e gestão do pessoal, incluindo remuneração, benefícios e sistemas de supervisão.

Estas normas e procedimentos variam de organização para organização, devido às lei locais, o ambiente, os regulamentos das agências doadoras, as expectativas dos utentes e as decisões estratégicas adoptadas pelo Conselho relativamente à utilização dos recursos. Contudo, existirão muitas semelhanças resultantes da conformidade com os padrões contabilísticos geralmente aceites, ideias comuns sobre práticas empresariais sólidas, e conduta ética.

É provável que os auditores, como parte da sua análise da situação financeira da sua organização, também examinem os manuais das políticas e procedimentos, as práticas para análise e aprovação de despesas e os formulários e modelos padronizados.

**Benefícios de uma documentação completa e actualizada.** Além das razões pragmáticas, tais como a satisfazer as análises minuciosas dos auditores ou corresponder aos requisitos das agências doadoras, possuir normas e procedimentos bem articulados resultará em benefícios importantes para a sua organização.

- As normas e os procedimentos conferem uma estrutura e um contexto aos funcionários. Sem eles, o trabalho transforma-se numa série de tentativas custosas e ineficientes, erros e acções correctivas. Quando se implementa normas e procedimentos, é mais provável que se atinja o resultado esperado da primeira vez.
- As normas e procedimentos documentados registam para a posteridade as lições aprendidas, para que as acções futuras venham mais facilmente a ser completadas.
- As normas e procedimentos escritos criam uma estrutura para responsabilizar os funcionários por fraco desempenho ou ilegalidades financeiras. Normas e procedimentos claros ajudam a eliminar ambiguidades; sem elas, é mais difícil distinguir as tentativas deliberadas para cometer fraude ou enganar dos simples erros humanos ou mal-entendidos.
- As normas e procedimentos documentados ajudam a definir os papéis, as responsabilidades e a autoridade decisória dos funcionários e dos membros do conselho de administração.
- As normas e procedimentos abrangentes libertam o seu tempo como gestor, permitindo-lhe dedicar-se ao seu trabalho. Os subordinados que sabem claramente quais são as suas responsabilidades geralmente são livres para levarem a cabo o seu trabalho sem terem de estar constantemente a pedir orientação ou mais aprovações.

## COMO DOCUMENTAR AS NORMAS E PROCEDIMENTOS

Se a sua organização não possui normas e procedimentos bem documentados, criá-los poderá parecer uma tarefa assustadora; irá envolver uma análise das normas, procedimentos e fluxos de trabalho quanto à lógica, eficiência, existência de controlos internos necessários, separação de responsabilidades e precisão. Para tornar a tarefa controlável, geralmente, é melhor começar com pequenas partes em vez de se tentar criar todo o manual de normas de uma só vez.

Se você e outros gestores começarem por identificar actividades-chave em cada área operacional, poderão documentar as normas e os procedimentos relacionados com essas actividades. Por exemplo, a compra de um bilhete de avião deverá seguir um processo rotineiro que pode documentar ao descrever:

- os passos que devem ser dados para comprar o bilhete;
- quaisquer regras impostas pelo Conselho, pela direcção superior da organização ou pela agência doadora relacionada com essa compra (por ex., proibição de se comprar bilhetes de avião na classe executiva ou a exigência de aprovação prévia para viagens internacionais);
- os principais intervenientes neste processo, por exemplo, o requisitante, o aprovador, o agente comprador ou o fornecedor;
- definições de todos os termos que possam não ser familiares ou que careçam de clarificação.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Um exemplo de modelo para documentar os POPs e captar os elementos de um processo, aparece no Apêndice I deste capítulo. O modelo, que inclui uma orientação para o preenchimento do formulário, é um formato e modelo sugerido para a documentação de normas e procedimentos operacionais de maneira clara e abrangente.

Providenciamos este modelo às organizações que acabam de iniciar um processo de documentação. Se a sua organização utiliza um modelo diferente para documentar normas e procedimentos, recomendamos que analise o seu formato, para se assegurar de que os oito elementos seguintes estão presentes:

1. **Finalidade:** O que define esta declaração da política e os procedimentos relacionados?
2. **Histórico de revisões:** Houve alterações das normas ou dos processos existentes? Em caso afirmativo, registe a data, o número da revisão e da secção de referência, e descreva brevemente a alteração.
3. **Postos afectados:** Que postos é que a norma ou o procedimento afectam e quais são as responsabilidades envolvidas em cada fase de implementação?
4. **Normas aplicáveis:** Que regras da organização ou da agência doadora regem a actividade que está a ser definida?
5. **Definições:** Que termos e siglas necessitam de ser definidos, visto que podem não ser familiares a todos os funcionários?
6. **Procedimento:** Quais são os passos processuais detalhados a seguir?
    a. Inclua todos os passos, claramente articulados, para evitar confusão. Será útil encarregar pessoas de todas as partes e níveis da organização para analisar os procedimentos.
    b. Analise se as práticas correntes são lógicas e eficientes. Os passos podem ser eliminados ou melhorados para aumentar a eficiência? Os controlos internos necessitam de ser fortalecidos?
7. **Responsabilidades:** Que papéis são desempenhados pelas várias pessoas afectadas? Por exemplo, elas fazem petições, aprovam, implementam ou documentam?
8. **Materiais de referência:** Que cópias ou *links* com formulários relacionados ou outros materiais são necessários? Estes materiais desenvolverão o conhecimento de que as pessoas necessitam para executarem os procedimentos ou para procederem em conformidade com as normas? Os materiais podem encontrar-se em suporte de papel ou em ficheiro electrónico compartilhado através de uma rede de computadores.

Se algum destes elementos não corresponder ao formato da sua organização, considere a sua modificação para os incluir. É altamente recomendado que, tanto quanto possível, utilize um método e um formato padronizados para documentar todas as normas e procedimentos, de forma que os seus funcionários se sintam preparados para a apresentação.

As normas podem ser provenientes de uma variedade de fontes:

- decisões tomadas pelo conselho de administração e registadas nas actas das reuniões do conselho;
- comunicações em correio electrónico ou outros memorandos da gestão executiva circuladas entre os funcionários;
- leis aplicáveis ou regulamentações das agências doadoras;
- a missão e as declarações de valores da organização.

Uma vez redigido o Procedimentos Operacionais Padronizados, é importante analisá-lo cuidadosamente e testá-lo com os funcionários envolvidos em todas as fases do processo. Obter várias perspectivas ajudá-lo-á a ver quaisquer problemas com o processo ou a documentação.

O processo de revisão deverá incluir as seguintes questões:

- O fluxo de trabalho está completo?
- Está claramente definida a responsabilidade por cada passo?
- O processo é lógico?
- No processo, estão incluídos controlos internos adequados?
- A apresentação das normas é clara e precisa?

A sua organização vai querer verificar todas as normas. Muitos procedimentos operacionais resultam de políticas ou práticas reais que nunca foram formalmente aprovadas pela gestão ou analisadas para se ter a certeza de que elas reflectem a missão, os objectivos estratégicos e as normas da organização. Um precedente histórico não deve tornar-se uma norma ou um padrão operacional sem ter sido analisado e propositadamente aceite.

À medida que se vão documentando os processos individuais, começará a tomar forma um manual completo de normas e de procedimentos. Geralmente, uma introdução, uma abrangente documentação de princípios e um índice, é tudo o que é preciso para se completar o manual.

## Práticas comprovadas

- A gestão executiva e o conselho administrativo devem demonstrar que a responsabilidade financeira e o cumprimento das normas são esperadas a todos os níveis da organização. Se parecer que as regras se aplicam unicamente aos subordinados, é provável que a conformidade em toda a organização diminua, e aumentem as possibilidades de fraude.

- Nas áreas de gestão financeira e de compras, as directrizes organizacionais deverão proibir a fraude e os desfalques, e proibir todos os funcionários de dar ou receber subornos e comissões ocultas ou de fazer transacções financeiras inapropriadas com membros da família.

- As políticas financeiras e normas de prática das funções essenciais de contabilidade e operações de escritório deverão ser claramente documentadas e comunicadas a todos os funcionários. Como gestor, você pode assegurar-se de que ocorram rotineiramente sessões de orientação e formação, revisões e análises.

- As políticas e procedimentos financeiros devem ser elaborados de uma maneira que proteja a sua organização contra os riscos. Estas políticas e procedimentos devem estar em conformidade com as leis aplicáveis e os requisitos das agências doadoras, e devem apoiar a missão e os objectivos financeiros da organização.

- Uma boa ideia procurar orientação profissional junto a advogados especialistas em direito do trabalho e em impostos, para se assegurar de que as normas e práticas da sua organização estão de acordo com todas as leis aplicáveis. Muitas vezes estas áreas complexas não fazem parte da perícia dos funcionários

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

contabilistas, e a não conformidade ou a evasão podem resultar em penalidades ou processos judiciais.

- Não deixe de contratar funcionários financeiros e operacionais com formação adequada e experiência de trabalho. Os riscos associados às questões fiscais ou laborais e os resultados de auditorias superam de longe quaisquer economias percebidas como resultado da contratação de funcionários menos especializados. Algumas organizações menores conseguem funcionários de alto calibre ao contratar pessoal a tempo parcial, funcionários por tempo limitado, ou consultores.
- O bom controlo interno e a supervisão financeira começam muito antes de as transacções chegarem ao departamento de contabilidade. Se você dedicar tempo e recursos para assegurar que os sistemas de compras, viagens e os sistemas de gestão administrativa trabalhem conjuntamente, o dinheiro da sua organização será sensatamente gasto.
- Os princípios do controlo interno e da supervisão financeira devem ser integrados nos sistemas organizacionais. Estes princípios são: obtenção do melhor valor para a sua organização; adesão ao que fora previamente orçamentado e aos limites de despesa aprovados; e estar em conformidade com as políticas do governo, das agências doadoras ou da direcção da organização que determinam que custos são admissíveis.

## Glossário de termos de contabilidade e compras

### TERMOS DE CONTABILIDADE

**activo:** dinheiro em caixa, bens, *stocks,* e equipamento de propriedade da organização ou devido de outros, tais como utentes ou agências doadoras.

**activo circulante:** dinheiro em caixa e outros activos que podem ser convertidos em dinheiro em menos de um ano, tais como as contas a receber.

**activo fixo ou imobilizado:** Equipamento, mobiliário ou acessórios necessários para a operação da empresa, e não destinados a venda a utentes. Esses activos têm uma vida útil esperada de mais de um ano e, geralmente, são depreciados com o passar do tempo. São também *chamados de* **bens de capital.**

**amortização:** Redução de um montante ao longo do tempo, frequentemente usada para distribuir as maiores despesas, que eram pagas num montante fixo, por períodos contabilísticos futuros.

**auditoria de conformidade:** Exame de transacções financeiras e administrativas específicas para determinar se foram executadas conforme previsto em lei, por contrato ou acordo com agências doadoras, e segundo as políticas ou conforme os objectivos específicos da organização.

**auditorias operacionais:** Um exame realizado por um técnico de contas interno ou externo, para determinar se as normas e procedimentos operacionais de uma organização são eficientes e apropriados. Analisa a estrutura e o controlo organizacional da organização, assim como a capacidade da sua administração de cumprir as normas.

**balanço:** Um registo de activos, passivos e capital próprio de uma organização.

**bens de capital:** Equipamento durável, mobiliário e acessórios, geralmente de custo mais alto, que se espera terem uma longa vida útil e poderem ser usados pela organização por um longo período de tempo. A organização, geralmente, estabelece limites tanto para o custo como para a duração dos artigos considerados como bens de capital, também *chamados de* **activos fixos.**

**caixa pequeno:** Uma pequena quantia de dinheiro mantida à mão e utilizada para pagar pequenas despesas, de rotina ou urgentes.

**capital próprio:** Reserva ou património líquido da organização, calculado ao subtrair o valor do passive (o que é devido) do valor do activo (o que é possuído).

**conciliação de contas:** Determinação dos itens ou ajustamentos necessários para equilibrar duas ou mais demonstrações ou contas. Por exemplo, a conciliação é frequentemente usada para equilibrar as contas de campo com as contas da empresa, ou as contas bancárias com as contas da empresa.

**conflito de interesses:** Uma relação pessoal que pode influenciar a nossa capacidade de tomar uma decisão imparcial relacionada com as operações financeiras da organização. Por exemplo, um agente de compras que tenha laços familiares ou comerciais com um fornecedor potencial teria um conflito de interesses.

**contabilidade:** Linguagem, processos e procedimentos de negócios usados para avaliar, registar, relatar e interpretar os aspectos financeiros de uma organização.

**contabilidade de custeio baseado na actividade:** Uma metodologia de contabilidade que calcula o custo total de uma actividade, projecto ou serviço por meio da alocação e atribuição dos custos de apoio.

**contas a pagar:** Contas a ser pagas. Ver também **passivo.**

**contas a receber:** Dinheiro a ser cobrado de outros. Ver também **activos.**

**controlo interno:** Normas e procedimentos que regulam como devem ocorrer as transacções financeiras numa organização. Alguns pontos a ter em atenção são a aprovação prévia de despesas, o controlo do dinheiro em caixa, incluindo conciliações imediatas de extractos de conta e uma documentação precisa dos custos.

**crédito:** Na contabilidade por partidas dobradas, o crédito consiste nas rubricas da coluna da direita do livro-razão. As receitas, passivos, e património líquido aparecem geralmente como créditos. Em sistemas informatizados, os créditos são, normalmente, expressos como números negativos. Na contabilidade por partidas dobradas, os créditos têm que igualar os débitos.

**custos fixos:** Custos em relação ao quais a organização tem um compromisso, e que não variam com base nas operações e actividades correntes, tais como o custo do aluguer.

**custos incorridos:** Custos relativos a transacções que ocorreram, mesmo que ainda não tenham sido pagos.

**custos integrais:** Custos de operações e actividades que incluem tanto custos directos, relativos à actividade, como custos indirectos (despesa gerais), que englobam os custos gerais e administrativos.

**custos irrecuperáveis:** Custos importantes que foram incorridos, por exemplo imóveis,

equipamento de capital e veículos, etc., da organização e que não variam em função das actividades dos programas da organização. *Ver também* **custos fixos.**

**débito:** Na contabilidade por partidas dobradas, as rubricas da coluna da esquerda do livro-razão. Os activos e as despesas, geralmente, aparecem como débitos. Em sistemas informatizados, os débitos são normalmente expressos como números positivos. Na contabilidade por partidas dobradas, os débitos devem igualar os créditos.

**demonstração de resultados:** Um relatório das receitas e despesas da organização, também *chamado de* **conta de perdas e lucros.**

**demonstrações de fluxo de caixa:** Relatórios financeiros que ajudam os gestores a prever as necessidades de fundos de caixa e as datas de entradas em receitas e saídas em despesas. Proporcionam uma análise do influxo e da saída de fundos de caixa, e constituem um indicador da capacidade da organização de cumprir as suas obrigações de curto prazo.

**depreciação:** Uma diminuição periódica do valor de um bem de capital ao longo da sua vida útil esperada, de modo a reflectir o tempo de uso desse activo.

**despesas:** O custo de manter negócios (recursos adquiridos), por exemplo com materiais para escritório, salários e serviços pagos.

**director financeiro:** Executivo com plenos poderes e responsabilidades financeiras. As obrigações do director financeiro (CFO, em inglês) incluem o planeamento financeiro e supervisão das dotações orçamentais e despesas, manutenção de registos e relatórios financeiros.

**equilíbrio das contas:** O princípio fundamental da contabilidade em que o activo tem que ser igual ao passivo mais o capital próprio. O que uma organização deve tem que ser compensado por aquilo que ela possui.

**fundo para adiantamentos:** Um fundo de caixa que é mantido como um montante fixo, sendo as quantias repostas com base no valor exacto das despesas efectuadas. Os "fundos de maneio" ou "caixas pequenos" são, geralmente mantidos como fundos para adiantamentos.

**obrigação financeira:** Um acordo para dar um dos activos da organização, geralmente os fundos de caixa/dinheiro em troca de bens, serviços ou outros activos.

**orçamentos:** Expressões de receitas e despesas futuras esperadas. São baseadas em dados históricos, se existentes, e ajustados com base em pressupostos quanto à inflação, aumentos/diminuições das receitas ou despesas, e expansão. Os orçamentos são uma ferramenta destinada a monitorar o desempenho organizacional.

**passivo:** Dívidas de longo e curto prazo devidas a credores externos, tais como bancos, investidores e fornecedores.

**produtos básicos:** Produtos fabricados e agrícolas ou recursos naturais que são comprados e vendidos no mercado comercial.

**programa de auditoria financeira:** O termo de referência e procedimentos a serem seguidos pelos auditores para examinarem os registos financeiros e as práticas contabilísticas. Inclui uma descrição do trabalho a ser realizado, o período de tempo a ser examinado e o período de tempo em que é efectuado o próprio, além do pessoal que efectua a auditoria, bem como uma indicação do âmbito da investigação.

**plano de contabilidade:** Uma lista de códigos e descrições que discriminam os tipos de

receitas, despesas, activos e passivos que serão acumulados, acompanhados e relatados.

**razão geral:** O registo financeiro principal de uma organização. Todas as transacções financeiras são registadas no razão, quer em detalhe quer resumidamente, extraídas de livros tais como diários e outros livros-razão.

**receitas:** Dinheiro gerado por meio da venda de bens e serviços pela organização e de agências doadoras, que pode ser utilizado para pagar despesas operacionais ou para fazer aumentos de capital.

**regime de competência:** Uma metodologia contabilística em que as despesas eram registadas nos livros quando eram incorridas e as receitas eram reconhecidas quando eram realizadas, independentemente de quando o dinheiro que fecha a transacção efectivamente troca de mãos.

**renda:** receita obtida com operações, vendas, doações e taxas cobradas pelos serviços.

**regime contabilístico de caixa:** Um método contabilístico no qual as despesas são registadas quando o dinheiro em caixa é desembolsado para satisfazer uma obrigação. As receitas são reconhecidas quando o pagamento é recebido.

**resultado líquido:** A diferença entre o total das receitas e das despesas.

**taxa de câmbio:** O rácio de uma unidade monetária em relação a outra unidade monetária.

**vale/cupão:** Documento em que constam os detalhes de uma transacção financeira, incluindo as respectivas autorização e aprovação.

**valor versus preço:** Valor é aquilo que vale um bem ou serviço, ou o que custa produzi-los. Preço é o valor que o utente está disposto a pagar para obter os bens ou serviços.

## TERMOS RELATIVOS A COMPRAS

**comissão oculta:** Pagamento ou outra forma de remuneração feita para influenciar e ganhar proveito de um indivíduo ou empresa. Essencialmente, comissões ocultas são subornos pagos por fornecedores potenciais.

**melhor valor (ou relação qualidade-preço):** Relação de custo/benefício entre o preço e outros factores de desempenho – tais como qualidade, prazo de entrega, garantias – que assegure o maior benefício em geral tendo em conta os critérios de selecção.

**pedido/contrato de compra por tempo limitado:** um formato padronizado e utilizado quando são esperadas múltiplas compras recorrentes dos mesmos bens e serviços e não sejam requeridos concursos de licitação ou pedidos de cotação.

**pedido de cotação (PQ):** Forma de solicitação, geralmente utilizada para bens comerciais e serviços de rotina, em que se pede ao fornecedor que declare o custo dos bens ou serviços descritos.

**pedido de proposta (PP):** Forma de solicitação, geralmente para a aquisição de serviços técnicos, que fornece detalhes substanciais sobre o trabalho a ser realizado e os termos da prestação e outros critérios que têm que ser preenchidos.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

## Referências bibliográficas e materiais de consulta

Dropkin, Murray, e James Halpin. *Bookkeeping for Non-Profits.* San Francisco, CA: John Wiley & Sons, 2005.

Management Sciences for Health. *Management and Organizational Sustainability Tool (MOST)*, 3rd ed. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2010, http://www.msh.org/resources/management-and-organizational-sustainability-tool-most (acessado Mar. 6, 2014).

———. *The Financial Management Assessment Tool.* Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2004, http://erc.msh.org/toolkit/Tool.cfm?lang=1&TID=134&CID=3 (acessado Dez. 24, 2009).

———. *QuickStart: For Accountable Administrative and Financial Systems and Controls.* Cambridge, MA: Management Sciences for Health, updated 2006, http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/MSH_QuickStart_November_20062.pdf (acessado Dez. 24, 2009).

McMillan, Edward J. *Policies and Procedures to Prevent Fraud and Embezzlement: Guidance, Internal Controls and Investigation.* Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2006.

Page, Stephen. *Establishing a System of Policies and Procedures; Seven Steps to Better Written Policies and Procedures; Best Practices in Policies and Procedures; Achieving 100 Percent Compliance in Policies and Procedures.* Four-part series. Westerville, OH: Process Improvement Publishing, 1998.

Pritchard, Carl L. *Risk Management: Concepts and Guidance*, 3rd ed. Arlington, VA: ESI International, 2005.

Ruegg, Debra L., e Lisa M. Venlatrathnam. *Bookkeeping Basics: What Every Non-Profit Bookkeeper Needs to Know.* Saint Paul, MN: Amherst H. Wilder Foundation, 2003.

Shim, Jae K., e Joel G. Siegel. *The Encyclopedic Dictionary of Accounting and Finance.* Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc., 1989.

## Apêndices

**Apêndice A.** Modelo de Balanço Patrimonial

**Apêndice B.** Modelo de Demonstração de Resultados

**Apêndice C.** Custos Atribuíveis e Alocáveis

**Apêndice D.** Taxas de Custos Indirectos

**Apêndice E.** Selecção e Preparação para Implementar o Software de Contabilidade

**Apêndice F.** Sugestões para a Implementação do Software de Contabilidade

**Apêndice G.** Planear para os Riscos e Elaborar um Plano de Acção para os Riscos dos Projectos

**Apêndice H.** Directrizes para a Definição de Diárias

**Apêndice I.** Modelo de Normas e Procedimentos

# APÊNDICE A. Modelo de Balanço

ONG Sem Fins Lucrativos
DEMONSTRAÇÃO DA POSIÇÃO FINANCEIRA*
RELATIVA AO ANO TERMINADO EM 31 DE DEZEMBRO DE 20XX

| | | |
|---|---|---|
| **ACTIVO** | | |
| **Activo circulante:** | | |
| Caixa e Equivalentes de Caixa | | ** 95.000 |
| Doações a Receber | | 150.500 |
| Aluguer Pago Antecipadamente | | 5.000 |
| Seguro Pago Antecipadamente | | 2.000 |
| | Total Activo Circulante | 252.500 |
| **Activos de Longo Prazo:** | | |
| Investimentos não Restritos | | 125.600 |
| Investimentos Restritos | | 400.250 |
| Mobiliário, Acessórios e Equipamento | | 535.900 |
| | Menos: Depreciação Acumulada | (350.000) |
| | Total Activos de Longo Prazo | 711.750 |
| | **TOTAL ACTIVO** | ** 964.250 |
| **PASSIVO E CAPITAL PRÓPRIO** | | |
| **Passivo Circulante:** | | |
| Contas a Pagar | | ** 35.275 |
| Salários e Vencimentos Acumulados | | 15.800 |
| Outras Despesas Acumuladas | | 9.800 |
| | Total Passivo Circulante | 60.875 |
| **Capital Próprio:** | | |
| Capital Próprio Não Restrito | | 27.450 |
| Capital Próprio Restrito | | 875.925 |
| | Total Capital Social | 903.375 |
| | **TOTAL PASSIVO E CAPITAL PRÓPRIO** | ** 964.250 |

* Este é um modelo de balanço, também referido como "Demonstração da Posição Financeira", para uma ONG pequena, sem fins lucrativos. O conteúdo pode variar de organização para organização, mas os elementos comuns são:

- um instantâneo da posição financeira em determinada data;
- organizado em duas secções: Activo, e Passivo e Capital Próprio;
- a soma do activo é sempre igual à soma do passivo e do capital próprio;
- em geral organizado nas secções "Corrente " e "Longo Prazo".

** Introduza o símbolo da moeda aqui.

## APÊNDICE B. Modelo de Demonstração dos Resultados do Exercício

ONG Sem Fins Lucrativos
DEMONSTRAÇÃO DE FUNDOS DE APOIO, RECEITAS E DESPESAS*
RELATIVA AO ANO TERMINADO EM 31 DE DEZEMBRO DE 20XX

| | | |
|---|---|---|
| **FUNDOS DE APOIO E RECEITAS** | | |
| **Fundos de Apoio:** | | |
| Contratos e Subvenções das Agências Doadoras | | ** 450.000 |
| Contribuições Públicas | | 15.000 |
| Contribuições em Espécie: | | |
| Equipamento | | 29.000 |
| Instalações | | 5.000 |
| Serviços e Trabalho Voluntário | | 17.650 |
| | Total Fundos de Apoio | 516.650 |
| **Receitas:** | | |
| Honorários de Cursos de Formação | | 32.500 |
| Direitos sobre Publicações (“Royalties”) | | 10.050 |
| Honorários por Serviços | | 17.600 |
| Rendimentos de Investimentos | | 4.250 |
| | Total Receitas | 64.400 |
| | **TOTAL APOIO E RECEITAS** | ** 581.050 |
| **DESPESAS** | | |
| **Actividades do Programa** | | |
| Salários. Vencimentos, Benefícios | | ** 125.850 |
| Viagens | | 29.450 |
| Suprimentos | | 11.425 |
| Outras Despesas | | 15.000 |
| | Total Actividades do Programa | 181.725 |
| **Actividades de Desenvolvimento** | | |
| Salários, Vencimentos, Benefícios | | 32.000 |
| Viagens | | 9.500 |
| Suprimentos | | 1.750 |
| Outras Despesas | | 2.950 |
| | Total das Actividades de Desenvolvimento | 46.200 |
| **Actividades de Captação de Fundos** | | |
| Salários, Vencimentos, Benefícios | | 29.750 |
| Viagens | | 8.350 |
| Suprimentos | | 3.280 |
| Serviços de Impressão | | 2.450 |
| Expedição por “Courier”e Correio | | 1.295 |
| Outras Despesas | | 2.300 |
| | Total das Actividades de Captação de Fundos | 47.425 |

| | |
|---|---|
| **Despesas Gerais e Administrativas** | |
| Salários, Vencimentos e Benefícios | 49.625 |
| Viagens | 7.500 |
| Suprimentos | 12.550 |
| Arrendamento e Despesas de Escritório | 27.525 |
| Seguros | 2.450 |
| Serviços de Impressão | 3.100 |
| Expedição por "Courier"e Correio | 1.250 |
| Outras Despesas | 6.325 |
| Total Despesas Gerais e Administrativas | 110.325 |
| **TOTAL DESPESAS** | **385.675** |
| **PATRIMÓNIO LÍQUIDO** | ** 195.375 |

* Este é um modelo de demonstração de fundos de apoio, receitas e despesas para uma pequena organização sem fins lucrativos. Um relatório financeiro similar para uma organização com fins lucrativos é referida como demonstração de resultados ou demonstração de perdas e lucros. Um modelo de demonstração de fundos de apoio, receitas e despesas:

- reflecte os resultados cumulativos ao longo do período;
- é organizado em secções que reflectem os fundos de apoio e as receitas (ou renda) e as despesas.

A diferença entre receitas e despesas reside na alteração do património líquido, informada ao balanço ou demonstração da posição financeira. Numa organização com fins lucrativos, um resultado líquido positivo é um lucro e um resultado negativo é um prejuízo de operação.

** Insira aqui o símbolo da moeda.

# APÊNDICE C. Custos Atribuíveis e Alocáveis

Custos atribuíveis e alocáveis são componentes da categoria de actividade técnica, em que pode ser estabelecida uma relação directa entre o custo incorrido e uma actividade ou projecto. Para facilidade e eficiência da contabilidade, é dada uma consideração especial a esses custos. Identificar custos atribuíveis e alocáveis com exactidão permitirá à sua organização saber o verdadeiro custo da realização de actividades ou programas técnicos. Isso também serve para reduzir os custos que poderiam ser transferidos para os custos gerais e administrativos (frequentemente chamados de custos operacionais). Muitas instituições financiadoras têm relutância em financiar os custos das operações gerais de uma organização, mas financiam custos justificáveis relativos a intervenções de saúde pública.

## CUSTOS ATRIBUÍVEIS

Os custos atribuíveis não podem ser facilmente atribuídos directamente a uma única actividade, porque isso consumiria muito tempo e seria caro. Para dar um exemplo extremo, materiais de escritório são necessários para várias actividades ou programas diferentes (mas identificáveis), mas seria uma actividade contabilística penosa e trabalhosa prestar contas de todas as vezes em que uma caneta foi utilizada. Embora debitar directamente quase todos os custos seja uma operação mais exacta, também seria muito laborioso acompanhar o uso de cada folha de papel ou caneta.

Também não seria razoável comprar materiais separados para cada actividade, porque geralmente é mais económico comprar em grandes quantidades. A sua organização poderia optar por fazer uma atribuição de custos no final do mês, com base em percentagens bem calculadas e pressupostos sobre a realização das várias actividades. A distribuição de custos deve ser efectuada de acordo com um método justo, uniforme, razoável, coerente e documentado. O custo dos materiais, do pessoal ou do equipamento usados apenas para um determinado projecto ou actividade seria atribuído apenas a esse projecto.

Como exemplo, podem-se agrupar custos especificamente relacionados com a realização de sessões de formação e, mais tarde, atribuir alguns dos custos a essas actividades de formação, mas não a actividades de prestação de serviços não relacionados.

Alguns custos gerais tradicionais também podem ser atribuídos a actividades de programas utilizando-se uma fórmula racional de custos. Por exemplo, o aluguer dos escritórios pode ser dividido de acordo com o número de funcionários da organização. Os programas individuais podem suportar uma parte do custo do aluguer de acordo com o número de funcionários afectos a esse programa.

## CUSTOS ALOCÁVEIS

Os custos alocáveis não podem ser directamente ligados a uma única actividade programática ou projecto, mas são necessários para a sua boa conclusão. Note que estes custos são aplicáveis exclusivamente aos programas, ao contrário dos custos indirectos, que são considerados como despesas gerais e administrativas para toda a organização.

Uma forma de tratar os custos alocáveis é inscrevê-los num centro de custo que, por sua vez, é atribuído no final do período financeiro, por meio da aplicação de um método lógico predefinido. Por exemplo, se o trabalho dos gerentes contribuir para mais do que um projecto, pode ser criado um código de actividade para os custos de gestão de projectos, que indica os projectos aos quais são atribuídos os custos no sistema de contabilidade. No final do período contabilístico, todas as despesas inscritas nos códigos de gestão de projectos são

distribuídas entre as actividades do projecto, com base num rácio. Uma metodologia a aplicar seria distribuir os custos na proporção das despesas directas para a actividade, com base nos orçamentos e nos planos de trabalho para o ano.

É possível calcular a taxa à qual os custos da gestão dos projectos devem ser aplicados aos projectos. Essa taxa é muitas vezes chamada de Factor de Custo Alocável (FCA).

Se estiver a solicitar fundos suplementares a uma agência doadora para expandir um programa ou para um novo projecto ou actividade, é necessário incluir na projecção do FCA os custos directos previstos do projecto novo ou expandido. A taxa irá provavelmente diminuir em relação a períodos anteriores, porque os custos da gestão dos projectos passarão a ser distribuídos por uma base mais ampla de custos directos de projectos.

### Como Calcular a Taxa de Custos Indirectos (Taxa de Custos Operacionais de Toda a Organização)

A fórmula de cálculo da taxa de custos indirectos é a seguinte:

total dos custos indirectos ÷ base de alocação (geralmente, total dos custos directos para actividades programáticas, menos as exclusões)

Esta taxa dos custos indirectos pode ser aplicada aos custos directos de um projecto ou actividade, para o cálculo do custo total desse projecto ou actividade. As exclusões desta base de alocação incluem frequentemente despesas maiores com equipamentos ou veículos, projectos de construção, ou fundos repassados a beneficiários ou subempreiteiros, pois estes poderiam distorcer o valor da taxa.

O Apêndice D fornece um exemplo mais detalhado sobre o cálculo das taxas de custos indirectos.

Se uma taxa de custos indirectos estiver a ser desenvolvida para uma actividade financiada por uma agência doadora, é importante também excluir do cálculo quaisquer custos não permitidos definidos nos princípios de custos das agências doadoras.

Note que as agências doadoras podem negociar um tecto para a taxa de custos indirectos. Neste caso, os custos indirectos só podem ser cobrados até o valor de tecto, independentemente da taxa final real. A organização precisa de identificar outra fonte de fundos para cobrir os custos restantes.

**Sugestão: Use uma tabela separada de números de contas para separar os custos indirectos permitidos e os custos directos permitidos e não permitidos nos seus registos financeiros.**

Uma consideração atenta de todos os custos atribuíveis e alocáveis é essencial para criar orçamentos e relatar resultados financeiros. Esses custos integrais tornam-se a base para a fixação de preços num ambiente de remuneração por serviço. Se for determinado que os custos não podem ser recuperados, uma decisão consciente e informada poderá ser a de subsidiar o custo de algumas actividades. Deve-se recordar que os custos excedentes têm que ser recuperados de alguma fonte, seja uma doação ou outros serviços altamente rentáveis, dentro da carteira de serviços. Se os custos não forem cobertos com o passar do tempo, e forem gastas reservas de capital, isso porá em risco a sobrevivência da organização.

### O Que É o Custo Integral?

O custo integral é o custo real de uma actividade ou projecto. Inclui todos os custos directos, nomeadamente custos alocáveis e atribuíveis, bem como a parte aplicável dos custos indirectos ou custos operacionais da organização.

## APÊNDICE D. Taxas de Custos Indirectos

Os custos indirectos não são identificáveis com nenhum projecto, programa ou actividade específicos, mas são essenciais para realizar essas actividades e são incorridos em função da operação geral da organização.

Os custos indirectos são, por vezes referidos como custos gerais e administrativos. Os custos indirectos tipicamente incluem:

- custos de ocupação, tais como aluguer e serviços públicos (água, electricidade e gás);
- depreciação de equipamento não associado ao projecto;
- actividades/custos de natureza geral, tais como telefone, serviços postais, fotocópias;
- salários dos empregados e do pessoal de serviços de apoio tais como contabilidade, manutenção do prédio, gestão das operações, serviços de secretariado ou gabinete do presidente.

Embora alguns tipos de custos sejam tradicionalmente directos ou indirectos, não é possível fazer uma afirmação generalizada sobre eles. A natureza de um custo é determinada pela questão sobre que programas ou actividades se beneficiam dele e até que ponto.

Poderá ser possível passar alguns dos custos tradicionalmente indirectos para os custos directos para poder determinar razoavelmente o factor determinante do custo e repartir os custos entre os programas ou actividades. Deve-se considerar o ônus de determinar a alocação a custos directos. Se uma agência doadora tem limites ou tectos de custos indirectos, muitas vezes valerá a pena criar metodologias de codificação e contabilização que permitam uma alocação directa mais precisa dos custos, para que mais custos possam ser recuperados. Por exemplo, os custos de ocupação podem ser divididos com base no número de empregados ou de acordo com a superfície utilizada, em vez de serem lançados numa conta de despesas gerais.

Taxa simplificada de custos indirectos = agregado de custos indirectos / base de alocação (geralmente o total dos custos directos menos as exclusões)

Para que a base de alocação de fundos seja aceitável, ela deve permitir que os custos indirectos sejam alocados equitativamente a todas as adjudicações e contratos, independentemente de virem ou não a serem recuperados posteriormente das agências doadoras individuais. No caso das contratos concedidos pelo Governo dos EUA, o princípio que vigora é o de que o Governo Americano está disposto a pagar a sua parte inteira, mas não mais do que essa parte. Há raras ocasiões em que uma agência governamental concorda em pagar muitos custos indirectos, mais do que a sua participação razoável, especificamente para apoiar as fases de arranque ou de expansão de uma organização que a ajuda a atingir os objectivos dos seus programas. Contudo, isso é feito, geralmente, quando existe um plano para alcançar a sustentabilidade financeira num futuro próximo.

Alguns custos podem distorcer o valor da taxa e, por isso, são normalmente eliminados da base. Exclusões comuns são equipamentos importantes, grandes subcontratos e custos de construção.

**Método de base de alocação múltipla.** Caso uma organização possua programas muito diferentes que requeiram um nível substancialmente diferente de apoio às despesas gerais, ela poderá criar múltiplas taxas ao utilizar diferentes base de alocação. Isso por vezes é difícil e exige um sofisticado sistema de contabilidade e uma análise financeira mais aprofundada do que o necessário no caso de uma única taxa.

Se estiver a fixar uma taxa para uma actividade financiada pelo EUA, é importante também excluir dos cálculos quaisquer custos não permitidos. Pormenores sobre custos não permitidos e taxas de custos indirectos nos contratos com o Governo Americano podem ser consultados na Circular A-122 do Office of Management and Budget (*Secção de Gestão e Orçamento*).

As taxas dos custos indirectos têm que ser aplicadas igualmente a todos os projectos directos, independentemente de serem limitados pelos tectos das agências doadoras. Os custos devem ser reconhecidos mesmo que não possam ser recuperados.

## BENEFÍCIOS COMPLEMENTARES

Tal como no caso das taxas de custos indirectos, as taxas de benefícios complementares estão sujeitas a exame e fiscalização pelas agências doadoras. Os benefícios complementares devem ser agrupados num banco de reserva que pode ser alocado aos projectos das agências doadoras, com base nos salários directos debitados aos projectos. Isso assegura que os programas intensivos de mão de obra recebam uma proporção justa dos custos laborais associados, tais como férias pagas, ausência do trabalho por doença, férias, impostos do empregador, e seguros.

Alguns benefícios complementares são exigidos por lei. Outros são discricionários e são utilizados para atrair e manter pessoal qualificado. Alguns benefícios discricionários comuns são planos de pensão, seguro de vida e planos de saúde. Os custos relacionados a programas para promover o moral dos empregados também podem ser incluídos nos benefícios complementares. Esses custos podem incluir os de um refeitório para os empregados, uma creche ou instalações recreativas.

Taxa de benefícios complementares ($) = despesas com benefícios complementares (inclusive licenças) / total dos salários (sem licenças)

Uma vez determinada a taxa de benefícios complementares, é possível aplicar a taxa aos salários directos à medida que estes são debitados. Este processo é muito mais fácil e mais exacto do que procurar atribuir os custos dos benefícios quando eles forem efectivamente pagos. Os benefícios complementares debitados aos salários indirectos são transferidos ao banco de reserva de custos indirectos.

É preferível acumular os benefícios de férias e outros benefícios complementares mensalmente e estabelecer um limite ao número de dias que podem ser transportados para o período seguinte. Este método assegura que o passivo relativo a férias, licenças médicas ou outras obrigações com benefícios complementares é orçamentado e subtraído do caixa disponível. Isso também evita o problema que ocorreria se o programa que incorreu no passivo em função dos benefícios não existia mais quando os benefícios foram efectivamente gozados.

**Exemplo de uma taxa relativa a férias, licenças médicas e feriados.** Para uma pessoa, o total possível de pessoas-dias de trabalho é = 52 semanas × 5 dias por semana, ou seja 260 dias.

Tempo pago por dias fora do trabalho:

| | |
|---|---|
| Férias | 20 dias |
| Doença | 10 dias |
| Feriados | 12 dias |
| | 42 dias |

Dias de trabalho pagos = 218 dias (260 – 42 = 218)

Seria razoável atribuir 218 dias dos salários de uma pessoa alocada ao projecto como custos directos e transferir 42 no banco de reserva de benefícios complementares.

**Taxa provisória:** Taxa estimada de custo indirecto, antes de serem conhecidos os custos finais. Usada para fins de orçamentação e facturação.

**Taxa final:** Taxa real de custo indirecto, após a conclusão das declarações financeiras, quando são conhecidos os custos verdadeiros. A facturação das agências doadoras é, geralmente, ajustada para cima ou para baixo para corrigir as taxas provisórias para taxas reais. As taxas finais são, geralmente, verificadas por um auditor independente.

Note que as agências doadoras poderão negociar um tecto limite para as taxas de custos indirectos, de forma a que os custos indirectos possam ser facturados apenas até ao montante limite, independentemente da taxa final real.

## PROPOSTAS DE CUSTOS INDIRECTOS

**Documentação requerida.** São exigidos vários documentos para apresentar uma proposta de custos indirectos à Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (USAID):

- tabelas de bancos de custos indirectos por elemento de custo;
- identificação de custos não permitidos excluídos;
- identificação de outros custos excluídos, tais como aquisições de grandes equipamentos;
- tabela laboral: título da função, salário, classificação directa ou indirecta;
- explicação da base de atribuição utilizada;
- identificação dos contratos com agências doadoras;
- conciliação entre os custos e as declarações financeiras.

## GESTÃO DE CUSTOS INDIRECTOS

É importante prestar atenção à gestão dos custos indirectos e dos programas. Uma organização que controla os seus custos indirectos se torna mais atraente para as agências doadoras. As mudanças nas taxas de custos indirectos podem indicar a solidez financeira da organização. Quando os custos gerais sobem é porque os custos indirectos subiram ou os custos dos programas baixaram. É importante compreender o que está a ocorrer, para que possam ser tomadas medidas adequadas.

**Comparação das taxas.** Fazer a comparação das taxas entre as organizações não é uma coisa fácil. É necessário compreender factores tais como qual é a sua base de atribuição de custos e que custos foram excluídos. É mais importante prestar atenção à equidade da taxa do que ao valor da taxa em si. Uma organização poderá fazer todos os esforços para cobrar tudo directamente. Outra poderá permitir que muitos custos passem para as despesas gerais.

O que é mais importante é o custo geral para a realização da actividade, e não necessariamente a distribuição entre custos directos e indirectos. Mas a apresentação dos custos pode influenciar a disposição de uma agência doadora de pagar. Uma baixa taxa de despesas gerais pode tornar mais fácil convencer doadores.

# APÊNDICE E. Como Seleccionar e Preparar para Implementar o *Software* de Contabilidade

Todas as organizações, independentemente do seu tamanho, devem preocupar-se com o controlo operacional, a gestão dos recursos humanos e a gestão financeira. Os sistemas contabilísticos automatizados modernos podem tornar a realização dessas funções mais eficiente, e permitir que o pessoal "trabalhe de maneira inteligente." Deve-se sublinhar que este *software* é uma ferramenta que proporciona os dados e a estrutura que ajudam um responsável de gestão a tomar decisões sólidas. Os sistemas informatizados não podem pensar nem tomar decisões de negócios. Também, um novo sistema desse tipo não consegue eliminar todos os erros, embora possa ter recursos adicionais para verificar a exactidão dos dados até ao máximo possível. A contabilidade automatizada é apenas uma parte de um sistema comercial bem organizado.

Embora a automatização seja uma despesa de capital importante, será mais sensato considerá-la como um investimento na organização. Se o *software* certo for seleccionado, e em seguida correctamente instalado e implementado, ele pode render grandes dividendos. A contabilidade informatizada é resultado da passagem da contabilidade pura para sistemas informáticos de gestão, o que permite fornecer serviços e suporte às operações e prestar serviços a áreas da empresa anteriormente não servidas pelo sistema contabilístico.

## IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DO SISTEMA

Ao longo do processo de definição de necessidades, cada funcionário deve concentrar-se nos utentes internos que serve. Que funcionalidades do sistema podem ajudá-lo a satisfazer as necessidades desses utentes de uma forma mais exacta e atempada? Além disso, para satisfazer os requisitos dos auditores e das autoridades fiscais e organismos legais, o novo sistema pode facilitar a orçamentação e as previsões orçamentais; melhorar a gestão, planeamento e controlo de projectos e de programas; ajudar a evitar a fraude; e proporcionar um acesso quase instantâneo à informação.

Para captar algumas das informações adicionais desejadas, tais como uma melhor distribuição das despesas por agência doadora ou por projecto, será necessário recolher mais dados durante o processamento das transacções. Isso poderia aumentar o tempo de processamento nalgumas funções de rotina, tais como contas a pagar e folha de salários. Os benefícios de recolher dados adicionais devem ser equilibrados com a quantidade de tempo e trabalho e os custos associados à recolha dos dados. Se os dados não serão usados, pergunte-se se ainda devem ser recolhidos só para alguma eventualidade.

## PLANEAMENTO DAS ACTUALIZAÇÕES

A organização poderá ser forçada a aceitar soluções de conciliação durante o processo de actualização do sistema de contabilidade. Uma entrada de dados mais lenta poderá ser o preço a pagar pelo acesso a uma maior quantidade de dados e um aumento de eficiência na geração de relatórios financeiros. A flexibilidade de se passar cheques diariamente poderá ter que ser trocada pela eficiência e a exactidão – e a menor frequência – da entrada em lotes dos cheques gerados por computador. Para atribuir os custos de pessoal com exactidão aos projectos ou departamentos, os actuais sistemas de relógios de ponto provavelmente terão que se tornar mais sofisticados. Terão que ser tomadas decisões sobre que actuais padrões operacionais e processos devem ser mudados para suportar e alimentar o novo sistema financeiro. Se seleccionar determinado *software* forçaria a organização a fazer mudanças inaceitáveis, essa consideração deve ser eliminada.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

É importante discutir essas possibilidades com o pessoal, para eliminar surpresas quando o novo sistema estiver implantado. Como o novo sistema vai exigir novos processos, o pessoal poderia ser consultado, ou pelo menos informado sobre essas mudanças previstas. As mudanças são stressantes, mesmo que as alterações sejam positivas, e as aptidões dos funcionários para lidar com elas irão variar. Comunicações frequentes, participação nas tomadas de decisão e na concepção dos sistemas, assim como formação, ajudarão a diminuir a ansiedade. Quantos mais utentes forem incluídos no planeamento e implementação, mais fácil será eles adaptarem-se à mudanças.

A actualização de um sistema de gestão financeira poderá acrescentar tarefas e responsabilidades ao trabalho dos funcionários. À medida que a natureza destas mudanças se tornar mais clara as descrições de funções devem ser mudadas e novas tarefas devem ser atribuídas. O pessoal actual poderá não ter as aptidões necessárias e precisar de formação ou até de transferência para novas funções. Poderá ser necessário um novo recrutamento.

O êxito de uma implementação de *software* depende da existência de um sólido sistema de contabilidade manual previamente ao início do processo. É importante analisar o presente sistema, para determinar áreas que precisem de fortalecimento. Essas melhorias devem ser feitas antes do início da implementação. Algumas áreas que requerem particular atenção são o plano de contabilidade, o controlo interno e a gestão de registos. Todos os diários, contas bancárias e o livro-razão devem estar equilibrados antes de iniciada a instalação.

Embora a contabilidade automatizada vá eliminar a necessidade de muitos diários escritos à mão, o computador irá criar um novo conjunto de relatórios e pistas de auditoria, e esses documentos devem ser guardados. Devem ser feitas diligências para proteger as fitas de cópias de segurança dos dados e os arquivos, nomeadamente armazenar rotineiramente dados importantes fora do local. Antes do início da instalação, organize uma limpeza dos arquivos, apague ou arquive registos que já não são necessários, e organize o espaço do gabinete de trabalho de modo a aumentar o conforto e a assegurar o acesso aos equipamentos necessários, tais como as impressoras.

A crescente dependência na informação gerada por computador pode causar um maior nível de ruído e calor emanado das impressoras, processadores e, provavelmente, geradores, ou causar engarrafamentos por causa de os funcionários se juntarem perto das impressoras à espera de folhas impressas. Pequenas mudanças na disposição do espaço nos gabinetes poderão melhorar essas situações que, embora aparentemente não problemáticas, podem tornar-se um grande incómodo com o passar do tempo.

Outros factores que contribuirão para o sucesso da implementação do *software* são a recolha de informação, uma abordagem metódica ao processo, a cooperação de todo o pessoal, um forte apoio da administração superior e paciência. Implementar o novo *software* será uma evolução, não um evento instantâneo. Deve-se permitir que o processo siga o seu curso natural. Os cronogramas são apenas os prazos esperados, que serão modificados a favor de uma análise cuidada, de um planeamento apropriado e de um arranque feito com exactidão. O Capítulo 2 contém informação que o ajudará a dirigir e a gerir toda esta mudança.

## SELECÇÃO DO SOFTWARE

Durante o processo de selecção do *software*, obtenha a maior quantidade possível de informação sobre soluções de *software*, fornecedores, revendedores de valor agregado (organizações que compram *hardware* e *software* dos fabricantes e vendem-nos ao público em geral), e sobre aquilo que o pessoal espera obter do novo sistema.

Não se deve esperar que o novo sistema satisfaça todos os desejos de todos os funcionários. Existem no mercado sistemas que conseguem fazer praticamente tudo, se estivermos dispostos e comprá-los e pudermos pagar por eles. Contudo, a finalidade é seleccionar o *software* que corresponda à maioria das necessidades e desejos e satisfaça todos os requisitos mais importantes, a um preço económico. Os sistemas altamente sofisticados podem oferecer demasiada tecnologia, o que é difícil de controlar e, provavelmente, iriam frustrar o pessoal do departamento financeiro que tenha pouca experiência com sistemas informáticos.

## CONSELHOS PARA ACTUALIZAR OS SISTEMAS COM ÊXITO

- Designe um chefe de projecto para supervisionar o processo inteiro. Esta pessoa irá coordenar as reuniões com os fornecedores, atribuir tarefas aos elementos das equipas, e manter actualizados os quadros de chefia e o pessoal sobre o progresso registado e sobre o que esperar em seguida. Como esta será uma tarefa que consumirá muito tempo, essa pessoa deve dispor do tempo e dos recursos necessários para realizar o trabalho.
- Nomeie um comité directivo constituído por funcionários-chave dos grupos da contabilidade, gestão de operações e gestão de projectos para tomar decisões sobre as características exigidas e o *software* final seleccionado. Além disso, inclua elementos do pessoal que sejam responsáveis pela entrada diária de dados. Deve ser pedido ao administrador da rede informática que dê a sua perspectiva quanto às necessidades de *hardware* e de memória. Os membros do comité trabalharão com os seus departamentos ou com o pessoal do projecto para definir necessidades e requisitos e comunicar resultados.
- Analise e actualize o manual de contabilidade existente para que este reflicta exactamente o sistema actual.
- Analise os sistemas e procedimentos actuais para detectar alguma ineficiência e faça todas as possíveis correcções antes da implementação. Essas mudanças devem ser analisadas com o seu grupo de contabilidade ou a sua firma de auditoria, se tiver uma.
- Assegure-se de que o presente sistema está equilibrado e conciliado. Quaisquer correcções e ajustamentos resultantes da actual auditoria devem ser concluídos.
- Contacte as pessoas de referência e utentes actuais dos fornecedores de *software* que está a considerar. Discuta sobre os seus êxitos e problemas com o *software* e a assistência técnica do fornecedor. De que maneira o *software* melhorou as suas operações e o processo de tomada de decisões? Houve algum colapso? Compare o tamanho e a complexidade das organizações de referência com os da sua organização, para avaliar como o *software* poderia operar no ambiente da sua organização. Pergunte aos utentes do fornecedor se eles seleccionariam de novo o mesmo *software* e o mesmo fornecedor.
- Designe alguém (possivelmente um gestor/chefe de projecto) para criar e manter o plano do projecto e os respectivos documentos de apoio. Correspondência, respostas dos fornecedores e actas de reuniões devem ser armazenadas, para futura consulta. Na pior das hipóteses, esta documentação poderá ajudar a resolver algum controvérsia com o fornecedor.

## PERGUNTAS PARA OS UTENTES DO SISTEMA E FORNECEDORES

- Quais são as suas necessidades actuais? De que forma o *software* apresentado corresponde a essas necessidades?

- Quais são as suas necessidades ou desejos futuros? Até que ponto o *software* proposto satisfaz essas necessidades? Qual será a quantidade de modificações necessárias para a adaptação ao crescimento e às mudanças nos procedimentos?
- Que características ou funções constituirão melhoramentos em relação ao sistema actual? Até que ponto o *software* proposto resolve os problemas actuais?
- Os écrans de entrada de dados são fáceis de usar? Quanto tempo leva para introduzir os dados das transacções de rotina? Essa velocidade e esse desempenho são aceitáveis? Os responsáveis pela entrada de dados avaliaram essas características?
- A estrutura dos menus orienta-o claramente para as funções desejadas?
- Que tipo de ajuda existe *online*? A que custo?
- Que tipos de manuais e de materiais de formação são fornecidos? Eles são fáceis de ler?
- Essa aplicação é demasiado complexa? Ela vai melhorar ou dificultar as operações diárias?
- Os funcionários, de todas as categorias, que usam o sistema serão capazes de trabalhar confortavelmente com ela? São exigidos conhecimentos informáticos?
- Quanto de formação será necessário para capacitar os funcionários a operar o sistema? Quem vai fornecer esse formação? A que custo?
- Que nível de personalização será necessário para serem preenchidos os requisitos mínimos?
- São necessárias aplicações de terceiros para a realização de funções padrão tais como relatórios ou a folha de salários? Como são suportadas essas aplicações? A integração entre os pacotes é perfeita?
- Como os orçamentos são introduzidos e actualizados? As ferramentas orçamentais são suficientemente sofisticadas para corresponder às necessidades de gestão dos projectos?
- O *software* faz a interface com outras ferramentas, tais como folhas de cálculo, formulários de cartas ou a criação de tabelas? Até que ponto isso é fácil?
- Os utentes dos fornecedores que actualmente usam este *software* podem ser contactados para consultas?
- Que relatórios padrão são incluídos na aplicação de *software*? Que ferramentas existem para criar relatórios personalizados? Até que ponto é que o modelo de relatórios é difícil de usar?
- Algumas das características afectam a operação do sistema de *software* no ambiente de negócios existente? Esse problema pode ser resolvido? Se não, considere um *software* alternativo.
- O fornecedor parecia estar bem Informado sobre o *software*? Até que ponto o fornecedor compreende a contabilidade e as necessidades da sua organização?
- Há quanto tempo o fornecedor opera o respectivo negócio? Quantos elementos do pessoal e quantos consultores serão fornecidos para instalar e implementar o *software* e treinar o pessoal?
- O fornecedor inspirou confiança quanto à sua capacidade de fornecer serviços, suporte e formação, após a instalação? Você e outras pessoas iriam sentir-se à vontade com uma relação de longo prazo com esta firma e os seus vendedores?
- Quais foram as suas primeiras impressões do *software*? Essa opinião inicial mudou depois de mais experimentação e demonstrações?

# APÊNDICE F. Sugestões para Implementar o Software de Contabilidade

## PREPARE-SE PARA A MUDANÇA

As mudanças trazem sempre riscos e receio, com o abandono daquilo que nos é familiar e conhecido, para dar lugar a algo desconhecido. Tenha fé em que o novo sistema de contabilidade vai posicionar a sua organização de maneira a que ela tenha um desempenho mais efectivo nos próximos anos. O capítulo 2 contém informação que o ajudará a dirigir e a gerir em tempos de mudança.

## COMUNIQUE-SE COM O PESSOAL PARA ESTIMULAR O SEU COMPROMISSO

O êxito da implementação do software está directamente ligado ao compromisso do pessoal em aprender aquilo que o *software* pode fazer, dedicar o tempo necessário para se preparar para a instalação e planear para o novo sistema, além de resolver as dificuldades à medida que ocorram.

Toda a organização, e não apenas o departamento financeiro, precisa de se comprometer a aceitar de boa vontade pequenas disrupções nos serviços, o que será necessário para completar a implementação. Os resultados – maior eficiência e um mais rápido acesso aos dados de gestão – valerão a pena.

O período de instalação e implementação vai apresentar muitos desafios, especialmente à medida que as pessoas procuram estabelecer um equilíbrio entre as exigências do dia-a-dia e as tarefas adicionais relacionadas com a implementação do sistema. Serão necessários liderança e espírito de equipa para superar esses desafios. Se comunicar regularmente com os funcionários, eles saberão o que esperar e quando. Além disso, se mantiver os canais de comunicação abertos, eles falarão livremente de suas dúvidas e preocupações.

## EFECTUE REUNIÕES DE PROGRESSO

A fase de implementação vai durar de dois a quatro meses. Será necessário realizar frequentes reuniões de progresso para manter todo o pessoal, os gestores e o Conselho de Administração informados sobre o progresso alcançado, e alertar o fornecedor quanto a problemas e questões relativas à formação.

## FAÇA PERGUNTAS

Ao longo da instalação, implementação e mudança para o novo sistema, numerosos aspectos ficarão confusos. O fornecedor é um especialista que estará à disposição para responder a perguntas e dar esclarecimentos sobre os processos. Use esse conhecimento especializado da empresa fornecedora. As únicas más perguntas são aquelas que não são feitas.

## DOCUMENTE SEM CESSAR!

- Mantenha documentados todos os detalhes relativos a todas as decisões sobre a instalação, tais como o conteúdo do arquivo-mestre e da tabela de consulta. Guarde esses documentos para diagnosticar e resolver problemas no arranque do sistema, e também para os exames dos auditores, se necessário.
- Mantenha um *dossier* completo sobre o projecto, que inclua os materiais de apoio e os relatórios que já foram elaborados. Consolide todas as informações dos fornecedores e dos consultores, juntamente com os planos e documentos da implementação. Esses documentos devem estar disponíveis para consulta.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## LEIA OS MANUAIS

Para suplementar as sessões de formação e a aprendizagem no próprio trabalho, todos os membros do pessoal de contabilidade devem ler os manuais do sistema. Esses manuais documentam os recursos e funções que podem não ser cobertos integralmente nas aulas de formação, e descrevem, em grande detalhe, como os vários módulos e processos estão interligados.

## FORME UMA EQUIPA DE PERITOS

Alguns funcionários acharão o novo sistema fácil de usar porque têm uma maior aptidão ou experiência com computadores. Incentive estes "campeões" a orientar e treinar outros que necessitam de assistência.

## ACTUALIZE O MANUAL DE CONTABILIDADE

O manual de procedimentos contabilísticos deve ser actualizado para incluir novos procedimentos e novos formulários, assim como um plano de contabilidade revisto.

## DETERMINE AS ESTRUTURAS DE CODIFICAÇÃO

- Peça ao fornecedor que lhe forneça a arquitectura dos ficheiros-mestre, para que a estrutura dos códigos seja implantada com a devida conformidade.
- Decida se todos os fornecedores que constam das contas a pagar serão acrescentados ao sistema ao mesmo tempo ou um de cada vez, à medida que forem utilizados. Visto a informação relativa aos fornecedores mudar frequentemente, ou muitos fornecedores serem utilizados apenas uma ou duas vezes, seria aconselhável acrescentar primeiro apenas os fornecedores mais comuns.
- Decida os níveis de detalhe que deseja ter, por exemplo, por departamento, projecto, agência doadora, e local – ou mais níveis. Lembre-se que cada nível de codificação acrescentado aumenta o tempo dedicado à introdução de dados e, por isso, a sua selecção deve basear-se nas necessidades informáticas reais.
- Tanto quanto possível, incorpore no novo sistema as estruturas de código correntemente utilizadas. Quanto mais familiares parecerem as coisas, mais fácil será a transição.

## PREPARE-SE PARA A ENTRADA DE DADOS

- Actualize o plano de contabilidade de forma a incluir todas as contas correntemente em uso. Decida sobre quaisquer outras contas que gostaria de acrescentar.
- Concilie todas as contas bancárias.
- Verifique se o balancete está equilibrado.
- Reúna todos os dados sobre números de contas bancárias, endereços, etc.
- Reúna todos os dados sobre os fornecedores que têm que ser introduzidos no sistema, nomeadamente quaisquer pagamentos mensais recorrentes.
- Faça uma lista de todas as facturas em aberto ainda por pagar. Na medida do possível, pague todas as contas pendentes, para ter o mínimo possível de dados a serem transportados para o novo sistema.
- Prepare uma lista de todas as ordens de compra em aberto.
- Prepare uma lista de todas as contas a receber ainda devidas.

- Peça aos funcionários que verifiquem todos os dados pessoais introduzidos no módulo da folha salarial. Faça um registo de todos os salários pagos, deduções e subsídios, assim como dos dados fiscais relativos ao ano fiscal corrente, que devam ser introduzidos.
- Prepare ou recolha, todos os orçamentos de projectos e departamentos.
- Avalie a estrutura dos escritórios dos serviços de contabilidade. Determine se os computadores e o *hardware* periférico estão localizados de maneira a serem plenamente utilizados. Alguns funcionários gastam bastante tempo a fazer a introdução de dados, então verifique se as suas áreas de trabalho estão adequadamente iluminadas e apetrechadas com cadeiras e outros equipamentos para evitar lesões por esforço repetitivo.

## ESTABELEÇA PROTOCOLOS DE SEGURANÇA

- Decida quem terá direitos como administrador ou supervisor do sistema.
- Decida quem terá acesso aos vários módulos de *software* e que nível de acesso terão essas pessoas (tal como autoridade para acrescentar, apagar ou modificar registos) e criar senhas em conformidade com isso.
- Determine os procedimentos para fazer cópias de segurança (*backup*), nomeadamente armazenamento de dados fora do local e o armazenamento de *backups* num cofre à prova de fogo. Não deve ser responsabilidade unicamente do administrador de rede de área local (LAN) manter cópias de segurança do sistema de contabilidade, porque os *backups* completos de rotina da LAN (feitos diariamente, como boa prática) poderão não ser suficientemente frequentes para proteger valiosos dados financeiros. O contabilista deve sempre fazer cópias de segurança dos dados financeiros antes de realizar quaisquer transacções importantes, e depois de processar grandes quantidades de dados, etc. Isto é especialmente Importante em áreas com tendência a flutuações no abastecimento de electricidade, falhas da corrente eléctrica ou relâmpagos, que podem danificar gravemente ou destruir arquivos electrónicos.
- A informatização não significa criação de um local de trabalho sem papel! Estabeleça um plano para o armazenamento e distribuição dos relatórios, porque os relatórios de computador podem ser mais volumosos e mais numerosos do que os usados actualmente.
- Mantenha a(s) impressor(as) em locais onde a confidencialidade dos relatórios não seja comprometida. Como os serviços de contabilidade vão gerar uma grande quantidade de relatórios, deverá haver pelo menos uma impressora dedicada a esses serviços.
- Decida que tipos de relatórios de transacções são os preferíveis para criar registos de verificação (auditoria) adequados. Como alguns relatórios de transacções são instantâneos dos dados numa ocasião específica, eles não podem ser recriados mais tarde.
- Decida que cópias de segurança (*backups*) devem ser mantidas, e por quanto tempo, e quais podem ser sobregravadas e por quanto tempo vão estar disponíveis antes de serem sobregravadas.
- Ao montar a segurança do sistema, verifique se há suficiente redundância de competências (pessoal especializado em boa quantidade), de forma a que se alguém estiver fora do serviço, todas as funções possam ainda assim serem realizadas sem interrupção.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## NOTIFIQUE O PESSOAL SOBRE OS HORÁRIOS DE TRABALHO DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO

- Uma instalação feita num fim-de-semana ou à noite, normalmente, causa menos perturbação à rotina diária, mas pode significar que o pessoal tenha que dedicar um tempo extra ao trabalho. Faça os esclarecimentos necessários quanto àquilo que é esperado.
- Espera-se alguma demora no processamento dos pagamentos aos fornecedores ou em outras actividades da contabilidade? Alerte o pessoal e outras pessoas quanto a esta possibilidade.
- Notifique todo o pessoal sobre os compromissos de formação de pessoal, que irão limitar a disponibilidade do pessoal dos serviços de finanças.
- Notifique os auditores, as agências doadoras e os membros do conselho de administração se o calendário da implementação for atrasar a elaboração das declarações financeiras do final de não (final do exercício). Trabalhe em colaboração com o fornecedor para alterar o calendário, caso esses prazos não possam deixar de ser cumpridos.

## DESENVOLVA UMA ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO DE PESSOAL

- Decida quem vai receber formação. Distribua o programa de formação a todo o pessoal envolvido para garantir a sua presença em todas as sessões. Tenha à disposição materiais suficientes para todo o pessoal, e reserve tempo adequado para que os cursos sejam bem realizados.
- Agende as sessões e organize as salas de formação de modo a reduzir o mais possível as distracções e interrupções. Notifique todo o pessoal quando as sessões terão lugar, para que reuniões ou outras interrupções não perturbem as aulas.

## PLANEIE O USO DE CHEQUES GERADOS POR COMPUTADOR

- Se pretende gerar cheques pelo computador, obtenha as especificações para a sua impressão e encomende os cheques com bastante antecedência, de modo a assegurar que eles estejam disponíveis quando o sistema estiver instalado.
- Lembre-se de obter o material adequado para a emissão de cheques que seja compatível com as impressoras existentes, ou tome a decisão de comprar um modelo adequado de impressora.
- Há certos tipos de cheques que são necessários para usar com várias contas bancárias ou para o pagamento de salários? Encomende todos os cheques necessários; normalmente, o preço é mais baixo quando se encomenda em grande quantidade.
- Estabeleça uma política sobre quando e se os cheques forem preenchidos à mão, porque a emissão manual de cheques requer mais tempo para a introdução de dados e pode fugir de certa maneira aos procedimentos normais de controlo interno.

## ESTABELEÇA PROTOCOLOS DE PROCESSAMENTO

- Faça listas de verificação das etapas requeridas para levar a cabo várias rotinas. Estas listas serão úteis até que os procedimentos se tornem automáticos para as pessoas. Será necessário fazer lembrar ao pessoal a necessidade de efectuar cópias de segurança (*backups*) e gerar certos relatórios de transacções.

- Determine com que frequência as transacções serão introduzidas no razão geral e por quem.
- Decida como os documentos fonte devem ser preparados para a introdução de dados. Uma vez que o computador irá permitir a recolha de dados adicionais, será útil desenhar folhas de cobertura ou carimbos de borracha, para simplificar o processo de codificação.
- Quem vai analisar e fiscalizar os lotes produzidos? Como é que as transacções serão corrigidas?
- Desenvolva um mecanismo para monitorar os acréscimos às listas de fornecedores e do pessoal, e ao razão geral. Decida quem está autorizado a fazer esses acréscimos.
- Visto o módulo de contas a pagar permitir a introdução de dados em períodos passados, deverá ser decidido se esta é uma opção desejável.
- Decida que relatórios devem ser impressos rotineiramente. Embora um pacote de *software* tipicamente permita imprimir mais de 250 relatórios, isso não quer dizer que você deva fazê-lo!

## CONSIDERE AS NECESSIDADES DE MATERIAIS DE ESCRITÓRIO E DE HARDWARE

- Certifique-se de que haja em *stock* papel, cartuchos de impressão (*toner*) e fitas ou discos para cópias de segurança (*backups*), como resultado da informatização.
- Determine se vão ser necessários mais computadores, impressoras, adaptadores da electricidade, geradores e equipamento relacionado, e faça diligências para comprá-los. Estabeleça verbas para apoio ou actualização dos sistemas após o primeiro ano.

## MARQUE UMA FESTA!

Estabeleça uma data para quando o novo sistema estiver plenamente operacional e planeie celebrar o êxito de todo o trabalho árduo e compromisso que tornaram possível implantar e fazer funcionar o novo sistema.

## PROGRAME UMA REVISÃO INTERCALAR

Vários meses após implementar o novo sistema, e depois de terem sido resolvidas quaisquer deficiências, faça uma revisão sistemática do sistema. As cargas de trabalho devem ser avaliadas. As funções de alguns dos funcionários devem ter sido simplificadas como resultado da informatização. Será possível reatribuir tarefas, introduzir novas actividades, ou aproveitar novas competências.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

# APÊNDICE G. Planear para os Riscos e Elaborar um Plano de Acção para os Riscos dos Projectos

> *O risco continua a ser uma questão secundária desde que a organização continue a ter sorte ou então perca uma grande oportunidade.*
>
> Carl L. Pritchard
> *Conceitos e Orientação sobre a Gestão de Riscos*

Os riscos incluem a falha em satisfazer objectivos de qualidade, orçamento ou desempenho. Cada um destes riscos pode custar tempo e dinheiro e, possivelmente, a perda de oportunidades. A meta deve ser evitar riscos prejudiciais, mas isso nem sempre é possível.

## GERIR RISCOS DEVE ESTAR ALIADO A GERIR OPORTUNIDADES

É desejável que haja algum risco, porque isso apresenta oportunidades e potencial para lucros, sucesso ou outros benefícios. A maioria das pessoas receia e evita os riscos mais do que gosta de ou aceita os desafios apresentados pelas oportunidades. Assumir riscos, contudo, pode estar ligado a ganhar recompensas. É necessário ter a sensatez para se evitar ou prevenir riscos que prejudiquem um projecto, e coragem para aceitar os riscos que o beneficiem.

A gestão dos riscos não deve ser uma reacção instintiva aos eventos. Ela tem a ver com uma cultura de aplicação sistemática de práticas e protocolos no seio da organização. A fase mais crítica do processo de gestão de riscos pode ser a detecção dos riscos. Como é que você vai saber que está para encontrar um risco?

**Riscos.** Os riscos apresentam três elementos comuns:

- um evento
- probabilidade de ocorrência
- custo ou perda se o evento ocorrer (gravidade)

**Oportunidades.** As oportunidades também apresentam três elementos comuns, sendo os dois primeiros os mesmos que para os riscos:

- um evento
- probabilidade de ocorrência
- lucro ou benefício se o evento ocorrer (impacto)

É preciso procurar quantificar as consequências e as probabilidades em termos realistas, especialmente os custos ou benefícios que poderão ser realizados. Dentro da medida possível, este deve ser um exercício científico e matemático, embora uma "forte intuição"desempenhe um papel na quantificação dos riscos. Ver o Quadro G-1.

**QUADRO G-1. Como Quantificar Riscos e Oportunidades**

**Risco:** Potencial de um evento ter consequências negativas

**Oportunidade:** Potencial de um evento ter consequências positivas

**Risco =** "Custo" de evento indesejado x probabilidade de ocorrência do evento

**Oportunidade =** Benefício do evento esperado x probabilidade de ocorrência do evento

A gestão de riscos requer um ambiente que permita e estimule uma comunicação honesta e aberta sobre os possíveis riscos. Se os gestores ficarem desencorajados perante más notícias, um tempo valioso que poderia ser usado em planos de mitigação ou de contingência irá ser perdido. Também podem ser perdidas oportunidades. Se você é responsável por monitorar riscos, comunique claramente os riscos e as potenciais consequências, assim como as possíveis oportunidades, àqueles que têm o poder de tomar as decisões.

## ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM RISCOS E OPORTUNIDADES

Estão descritas a seguir estratégias para lidar com riscos:

- Aceite o risco e assuma qualquer perda, mas informe a equipa do projecto e a gestão superior.
- Evite os riscos, mas também a perda de potenciais oportunidades.
- Controle os riscos, através de planos de contingência e de mitigação.

As estratégias para lidar com oportunidades são:

- Passiva: Aproveitar uma oportunidade, se ela aparecer.
- Activa: Perseguir activamente as oportunidades.

O tempo e os recursos necessários para fazer o planeamento de riscos devem custar muito menos do que lidar com as consequências de um evento de risco. Quanto maior for a antecedência das notificações sobre os riscos, como resultado de um bom planeamento do projecto, maior será a possibilidade de se compensar ou evitar o problema.

## FONTES DE RISCOS

Existem fontes externas e internas de riscos. Os riscos de fontes externas incluem:

- incêndio, fome, inundações, guerra e doenças (ambientais);
- mudanças nas leis ou regulações (governamentais);
- perda de participação no mercado, aparecimento de concorrentes, e perda de fornecedores (económicos).

Os riscos de fontes internas incluem:

- mudanças nas estratégias e prioridades do conselho de administração ou nas políticas das agências doadoras;
- mudanças das partes interessadas;
- falhas dos subcontratados, atrasos de cronograma, ultrapassagem dos custos previstos, surpresas técnicas;
- perda de pessoal chave;

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

- atrasos de cronograma e excessos de custos devido a mau planeamento e orçamentação (p.ex., planos pouco realistas ou incompletos).

Há riscos inerentes aos planos dos projectos que são impostos pelas agências doadoras, os utentes ou a administração geral, porque desejam resultados mais rápidos, mais baratos ou com mais funcionalidades do que seria razoável. Os gestores de projectos devem ter a honestidade e a coragem suficientes para assinalar estes riscos e substanciá-los com orçamentos e calendários sólidos e detalhados.

## RISCOS RELACIONADOS COM A GESTÃO FINANCEIRA

Alguns riscos estão relacionados com a gestão financeira, mais do que com um projecto específico. Alguns exemplos são:

- deixar de se manter informado sobre os custos verdadeiros das operações;
- presumir que poderá compensar as perdas ao produzir um grande volume de serviços. Se vai gerar perdas, grandes volumes produzidos só vão criar perdas ainda maiores;
- depender das agências doadoras;
- estabelecer preços muito baixos, por exemplo, para que possa ganhar um contrato;
- deixar de examinar e acompanhar as mudanças no ambiente;
- aceitar práticas deficientes de orçamentação, planeamento e comunicação de relatórios;
- não aproveitar as oportunidades;
- não cobrir os custos das despesas gerais.

## PLANEAMENTO PARA LIDAR COM OS RISCO NUM PROJECTO OU PROGRAMA

> *Mais cedo ou mais tarde, acontecem coisas ruins em bons projectos, e os gestores de projectos que não têm estratégias claras é que pagam o preço.*
>
> Carl L. Pritchard
> *Conceitos e Orientações sobre Gestão de Riscos*

Todos os projectos ou programas mais importantes devem ter alguma actividade documentada de gestão de riscos na descrição do termo de referência e um plano documentado de gestão de riscos em circulação.

Os eventos de risco, suas probabilidades e impactos provavelmente não permanecerão estáticos ao longo da vida útil do projecto. Quanto maior for a duração do projecto, mais real é esta afirmação. Assim, as etapas descritas a seguir devem ser realizadas continuamente, ao longo do projecto. A identificação e a monitoria dos riscos devem levar a mais acções de planeamento.

**Etapa 1: Identificar os riscos.** Identifique as fontes de riscos potenciais e defina-os especificamente, nomeadamente a probabilidade da sua ocorrência e os custos se o evento de risco ocorrer. É importante descrever o potencial evento de risco em detalhes concretos. Faça perguntas tais como: Como ele ocorreria? O que pode ocorrer? Qual é o nível de gravidade que pode afectar o projecto ou a organização?

Não se esqueça de analisar os possíveis benefícios que poderiam ser obtidos ao aproveitar uma oportunidade arriscada.

Tenha uma equipa de pessoas que se dediquem a analisar os riscos. As suas distintas perspectivas, atitudes e experiências no domínio dos riscos, as suas visões, e a sua tolerância a resultados negativos ou a assumir riscos irão dar-lhe uma visão mais equilibrada dos riscos potenciais. Inclua no grupo tanto pessoas avessas como pessoas favoráveis a assumir riscos.

Ao longo do projecto, você deve também insistir em obter uma nova perspectiva sobre os potenciais eventos de risco, da parte de peritos externos ao projecto. Os elementos que estiverem mais profundamente envolvidos num projecto – inclusive você – podem não estar cientes das mudanças no ambiente que podem resultar em novos riscos.

Uma boa maneira de identificar todos os potenciais eventos de risco é criar uma estrutura para o projecto, se ainda não houver alguma. Ao dividir os processos e as actividades em componentes menores, ficará mais fácil identificar prontamente os riscos que poderiam permanecer ocultos escondidos se enfocar apenas o panorama mais amplo. Pergunte:

- Que actividades estamos sempre a acompanhar?
- Quais são os processos centrais dessas actividades?
- Quais são os elementos chave e as sub-actividades desses processos?
- Que riscos são comuns a essas actividades?

Além disso, a equipa tem a responsabilidade de pesquisar o histórico de outros projectos mais ou menos comparáveis. O projecto, independentemente de ser avançado ou excepcional, representa um sistema totalmente novo. Os projectos são originados e evoluem a partir de outros projectos, existentes ou passados. Deve haver uma documentação desses projectos e devem ser aplicadas técnicas de mitigação e de contingência. A nova equipa de projecto deve analisar esses documentos e aplicar as lições aprendidas – ou serão obrigados a repeti-las.

**Etapa 2: Criar um plano de gestão de riscos.** Um plano de gestão de riscos é uma ferramenta importante para documentar e divulgar os riscos e as oportunidades ao longo do projecto. As componentes de um plano de risco são:

- identificação de riscos;
- avaliação de riscos (probabilidades);
- quantificação de riscos (custos);
- formulação de respostas (planos de mitigação e de contingência);
- um plano de monitoria e controlo.

Crie uma matriz de possíveis riscos para o projecto, ao perguntar:

- Que riscos podemos evitar?
- Que riscos podemos assumir?
- Que riscos podemos ignorar por enquanto, porque a probabilidade de eles ocorrerem é extremamente baixa?

Identifique os possíveis eventos de riscos e divida-os em eventos menores, que sejam mais fáceis de controlar. Faça isso bem cedo, pode até ser na fase de desenvolvimento de um projecto.

Defina especificamente o evento de risco e calcule a probabilidade de ocorrência e o custo, caso se verifique uma ocorrência. Se não for cientificamente possível documentar as probabilidades ou atribuir valores monetários, use percentagens ou escalas de alta-média-baixa. Comunique a probabilidade e o custo dos eventos de risco para os responsáveis pelas decisões.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

### QUADRO G-2. Risco Residente: Exemplos de Gestão de Projectos

Um risco residente comum é o de que uma actividade se atrase. Pode até haver alguma razão para permitir que um projecto se atrase (por exemplo, porque se espera a aprovação de alguma lei). Mas esta deve ser uma decisão consciente e não inconsciente. Um projecto não deve se atrasar simplesmente porque alguém não tinha os olhos postos no relógio.

Um outro risco residente comum é o de que faltem recursos para o projecto (recursos insuficientes, ou não disponíveis na altura correcta, ou não são os recursos adequados). Garantir que os recursos sejam os adequados (sobretudo os recursos humanos) e garantir que estejam disponíveis quando o projecto deles precisar é uma tarefa essencial para o gestor do projecto e deve ser uma questão tratada no plano de gestão de riscos.

Uma vez identificados os riscos residentes (aqueles geralmente esperados de uma determinada actividade), incorpore os mecanismos de controlo para lidar com eles. (Ver o Quadro 2.) Isso deve ser feito como parte da planeamento do projecto. Essa preparação vai libertar tempo e recursos para tratar de coisas inesperadas que ocorram durante a implementação do projecto.

Uma forma de identificar os riscos é aproveitar a experiência de projectos passados e ver que riscos foram encontrados e que soluções foram utilizadas para mitigá-los. O uso sistemático de formulários e de protocolos que possam ser aplicados torna mais fácil registar e depois interpretar esta informação. Considere as seguintes questões:

- O que aconteceu?
- Porque aconteceu o evento?
- Como aconteceu?
- Qual era o ambiente na organização, no projecto e no mercado nessa altura?
- Quem esteve envolvido?

Deve ainda consultar os especialistas, ter reuniões com as equipas dos projectos para discutir ideias, e usar dados de projectos similares (recolhidos de publicações especializadas, dos arquivos institucionais e de outras organizações).

A sua tarefa ficará mais fácil se as lições aprendidas forem registadas no momento em que forem reconhecidas; o tempo torna menos claras as memórias e os detalhes. Em muitos projectos, comete-se o erro de esperar até ao fim para recapitular as lições aprendidas. Poderão ter-se passado vários anos desde a altura em que ocorreram os eventos, e os detalhes podem ser obscurecidos pelo brilho do êxito final do projecto acabado.

Como gestor de um programa de serviços de saúde, você pode tornar a identificação dos riscos mais fácil para a sua organização e para outras pessoas, no futuro, se na altura em que eles ocorrerem, documentar, divulgar e arquivar os riscos e as oportunidades dos projectos, assim como as suas consequências e medidas subsequentes a tomar.

**Etapa 3: Conceber planos de mitigação e contingência.** Para controlar os riscos com eficácia, uma organização deve estabelecer um plano para identificar os riscos potenciais, quantificar o impacto que eles teriam sobre a organização, e definir estratégias para evitar que eles aconteçam (ao planear acções de mitigação) ou limitar os seus prejuízos (ao definir planos de contingência).

A organização deve estabelecer um processo de triagem para controlar os riscos. Determine e reaja em primeiro lugar ao evento de risco que representa a maior ameaça, e não àqueles que

parecem causar o maior tumulto. As salas de urgências dos hospitais usam esta técnica para categorizar os utentes de acordo com quem enfrenta o maior risco de complicações graves ou de morte e tratam primeiro esses utentes. O processo de triagem implica o seguimento cuidadoso dos protocolos, que são ensinados a todos os estudantes de medicina, tais como a avaliação da aparência física, o estado mental e o reconhecimento dos sintomas.

Todos os funcionários devem entender bem o ambiente de trabalho e conhecer os protocolos a seguir em eventos de risco. À semelhança do exemplo da triagem num hospital, a organização deverá estabelecer protocolos para identificar riscos potenciais, identificar aqueles que poderiam resultar em lesões graves ou "morte" para a organização, e seleccionar as respostas adequadas para controlar esses riscos.

**Mitigação** é uma técnica de actuação antes do facto ocorrer. Uma vez que identifique aquilo que poderia acontecer, a probabilidade de isso acontecer, e qual a gravidade das consequências, poderá tomar medidas para reduzir a probabilidade de o evento de risco acontecer. Normalmente isso é feito em relação aos riscos com a mais alta probabilidade e/ou com o impacto potencial mais grave sobre a organização. Exemplos de estratégias de mitigação: tomar precauções para prevenir incêndios ou diminuir o seu impacto ao adquirir extintores de incêndio; fazer cópias de segurança ("back up") de dados importantes fora das instalações; fazer exercícios de simulação de incêndios. Na analogia de saúde acima, as técnicas de mitigação são semelhantes aos exames médicos de rotina ("check ups"), à vacinação e a outros cuidados preventivos de saúde.

**Contingência** é uma técnica de actuação após o facto ocorrer. Implica a existência de planos que possam ser rapidamente mobilizados caso aconteça um evento desafortunado. Quando identificamos cuidadosamente os possíveis riscos, podemos identificar as possíveis soluções. O plano de contingência proporciona uma "cura" para as consequências após o evento de risco ter ocorrido. Por exemplo, talvez você possa identificar fontes para o aluguer de equipamento de escritório ou de instalações provisórias a serem utilizadas em caso de incêndio. Será uma decisão sensata integrar nos projectos uma programação e reservas orçamentais para cobrir os riscos que não podem ser mitigados.

Alguns riscos podem ser vistos como "problemas sérios" que podem resultar na "morte" do projecto ou do programa, ou até da organização como um todo. Se eles ocorrerem, você não poderá realizar os seus objectivos. A possibilidade deste tipo de risco poderá significar que a actividade não deve ser levada a cabo. É importante saber quando suspender uma actividade com pouco êxito e demasiado arriscada. Determine que nível de prejuízo é considerado aceitável e qual é considerado inaceitável. Que custos sua organização pode aceitar? Que riscos ela pode suportar?

Muitas organizações sofrem problemas sérios porque preferem manter os projectos como se fossem utentes cuja vida está a ser artificialmente mantida, em vez de tomarem a decisão difícil de suspender o projecto e seguir em frente. A resposta a estas questões varia entre as organizações, conforme as suas reservas financeiras, capacidade de cobrir perdas, e até, em geral, o optimismo ou o pessimismo dos líderes da organização.

É necessário decidir que riscos valem a pena quando se considera o investimento de tempo e de energia. Alguns riscos valem a pena porque a sua gravidade ou a probabilidade da sua ocorrência (ou ambas as coisas) são baixas. Outros riscos valem a pena porque as oportunidades e os ganhos que eles representam são grandes e podem ser controlados com a devida gestão, planeamento e execução do projecto.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

Há duas formas de aceitação do risco: passiva e activa.

**Aceitação passiva do risco** significa aceitar o risco sem fazer nada para resolver, gerir ou tratar do mesmo. A palavra mais importante aqui é aceitação. A ignorância do risco não é aceitável.

**Aceitação activa do risco** significa reconhecer que o risco existe se não houver um plano de mitigação. Em vez disso, são feitos planos ou reservas de contingência.

Quando cria planos de mitigação e de contingência, é essencial que esses planos não levem mais tempo nem custem mais do que o próprio projecto! As técnicas de gestão de risco não devem dar origem a outros riscos maiores.

Ao formular as respostas, uma boa técnica a aplicar é promover uma discussão intensa ("brainstorm") sobre as várias opções. Depois pode analisar essas ideias para determinar as que podem ser aplicadas rapidamente e com o menor custo ou impacto sobre o projecto. O objectivo é pôr em prática estratégias com o maior impacto positivo (ou o menor impacto negativo) geral sobre o projecto.

**Etapa 4: Estabelecer um plano para monitorar os riscos.** Quanto maior for a probabilidade de ocorrência de um evento de risco e quanto mais próxima estiver a data prevista para o possível evento de risco, maior será a necessidade de se estar atento a esse evento e comunicar com a equipa do projecto e com as partes interessadas.

Eis algumas sugestões de ferramentas para o planeamento, monitoria e mitigação de riscos:

- matrizes de probabilidade-impacto (ver a Tabela A);
- árvores ou matrizes de decisão e árvores de probabilidades, para quantificar as probabilidades de risco;
- planeamento de três hipóteses (melhor hipótese, hipótese mais provável, pior hipótese);
- análise estatística: alvo para o desvio padrão da média mais 1;
- atribuição de utilidade (o valor percebido de um evento potencial): este tipo de análise pode ajudá-lo a decidir se deve assumir o risco; quanto maior for o ganho potencial, maior será a probabilidade de você aceitar o risco;
- divisão de um risco maior em partes menores, que são mais fáceis de tratar, para que tenha melhores condições de mitigar a situação.

TABELA A. Matriz de Probabilidade-Impacto

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Alta Probabilidade 66%–99%** | Alta – Baixa RESPOSTA POSTERIOR | Alta – Moderada TERCEIRA RESPOSTA | Alta – Alta* PRIMEIRA RESPOSTA |
| **Probabilidade Moderada 33%–65%** | Moderada – Baixa RESPOSTA POSTERIOR | Moderada – Moderada RESPOSTA POSTERIOR | Moderada – Alta SEGUNDA RESPOSTA |
| Probabilidade Baixa 1%–32% | Baixa – Baixa RESPOSTA POSTERIOR | Baixa – Moderada RESPOSTA POSTERIOR | Baixa – Alta SEGUNDA RESPOSTA |
| **Peso Relativo = Probabilidade × Impacto** | **Impacto Baixo** | **Impacto Moderado** | **Impacto Alto** |

* Um evento Alto – Alto deve ser analisado para determinar se é um "problema sério".

Como mostra a Tabela A, os eventos com um peso relativo maior são analisados primeiro, de modo a que um evento de alta probabilidade e alto impacto tenha a primeira resposta. Os riscos com um peso relativo menor são tratados conforme permita a disponibilidade de tempo e de dinheiro.

Os critérios para atribuição de impacto devem resultar de uma concordância dentro da organização, visto tratar-se de um conceito altamente subjectivo. Deve haver um esforço para tornar a quantificação mais específica.

A Tabela B mostra que quando os riscos são relativamente baixos e as oportunidades relativamente altas, a organização, de modo geral, deverá agir com sensatez e aplicar os recursos necessários para aproveitar as oportunidades. Quando os riscos são altos e as oportunidades baixas, devem ser tomadas medidas para evitar activamente o evento. Um estudo mais aprofundado é, geralmente, necessário em circunstâncias mais moderadas, para determinar se devem ser adoptadas medidas para mitigar os riscos ou melhorar as oportunidades.

TABELA B. Matriz de Decisão Risco-Oportunidade

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Alto Risco 66%–99%** | Alto – Baixo EVITAR | Alto – Moderado ESTUDAR MAIS | Alto – Alto EVITAR |
| **Risco Moderado 33%–65%** | Moderado – Baixo EVITAR | Moderado – Moderado ESTUDAR MAIS | Moderado – Alto ESTUDAR MAIS |
| **Risco Baixo 1%–32%** | Baixo – Baixo IGNORAR | Baixo – Moderado INVESTIR | Baixo – Alto INVESTIR |
| **Peso Relativo = Probabilidade × Impacto** | **Baixa Oportunidade** | **Oportunidade Moderada** | **Alta Oportunidade** |

# APÊNDICE H. Directrizes para Definir os Valores das Diárias

O pessoal e os utentes, tais como os participantes de cursos, muitas vezes fazem despesas com refeições e alojamento durante uma viajarem ou quando se ausentam de casa em missão de serviço. Para haver maior uniformidade, minimizar o trabalho do viajante de registar gastos e apresentar contas, e facilitar a contabilização, muitas organizações optam por estabelecer uma diária para refeições e alojamento.

O mais comum é que o viajante receba um subsídio fixo para cobrir as refeições e não tenha que apresentar os recibos de seus gastos com as mesmas. O alojamento é, muitas vezes, reembolsado com base na despesa efectiva, mediante a apresentação de um recibo do hotel. Na generalidade, para conter custos e evitar abusos, é estabelecida um valor máximo de reembolso para o alojamento.

Esses valores são, em geral, baseados nos custos reais prováveis de serem contraídos numa dada área. A depender do tamanho e da diversidade da área de viagem, podem ser estabelecidas múltiplas tarifas, geralmente por cidade, região ou país, onde ocorrer a viagem.

A seguir constam os requisitos e directrizes para o estabelecimento dos valores das diárias locais.

## ETAPAS A REALIZAR ANTES DE FIXAR AS TARIFAS LOCAIS

- Consulte a entidade doadora para ficar ao corrente das tarifas locais em vigor.
- O Ministério da Saúde ou a autoridade fiscal poderão ter uma tabela de diárias locais que poderão servir de directriz.
  - Tenha cuidado com esquemas que poderiam ser considerados como incrementos salariais, em vez de valores apropriados para cobrir as despesas reais de viagem em missão de serviço.
- Faça uma pesquisa de organizações ou de empresas colaboradoras semelhantes à sua quanto às tarifas por elas aplicadas, e estabeleça uma tarifa equivalente.
- Estabeleça tarifas independentes, com base em pesquisas dos custos reais, nas áreas onde se verificam as viagens em serviço. Os viajantes ou os gestores de escritórios regionais devem pesquisar os custos de refeições que seriam aceitáveis em determinada área. As refeições devem ser fornecidas por restaurantes ou hotéis que cumpram os padrões de asseio e/ou quaisquer necessidades ou preferências dietéticas do pessoal local. As refeições não devem ser extravagantes. Além de um valor que cubra as refeições, deverão ser acrescentados mais 20% para cobrir despesas acessórias ou incidentais dos viajantes.

## DEFINIR O VALOR DAS DIÁRIAS PARA OS PARTICIPANTES DE CURSOS

Para eliminar muito do trabalho administrativo e os riscos relacionados com pagamentos de diárias a participantes de cursos, muitas organizações optam por fornecer pensão completa (e alojamento, se apropriado) a esses participantes. Embora nem todos os participantes fiquem satisfeitos com a eliminação dos pagamentos em dinheiro, este método apresenta vários benefícios para o projecto:

- Os custos podem ser controlados através de um pacote de tarifas negociado com os hotéis.
- Não há necessidade de se carregar grandes somas de dinheiro, guardar recibos e tratar da papelada exigida para documentar os pagamentos das diárias.

- Os participantes não têm que sair do local para tomar uma refeição ou para descontar cheques de pagamento das diárias.
- As refeições comunais proporcionam uma oportunidade de contacto social e aprendizagem.

## USO DE HOTÉIS PREFERENCIAIS

Um hotel preferencial é um hotel seleccionado pela organização para fornecer alojamento a todo o pessoal e aos consultores que trabalham numa área específica, ou a visitantes que venham prestar assistência técnica ao próprio escritório de campo. A criação de uma lista de hotéis preferenciais permite à organização controlar os custos, ao negociar preços favoráveis com os hotéis. Também simplifica o processo de viagens de rotina, porque não é necessário procurar por hotéis com tarifas dentro dos limites das diárias para cada viagem.

Muitas vezes, quando se oferece a um hotel a oportunidade de contar com um volume razoável de hóspedes, pode-se obter outros serviços necessários, gratuitamente ou a preços reduzidos. Isso também resulta em economia nos custos dos projectos. Esses serviços poderão incluir:

- serviços de internet gratuitos ou de baixo custo e serviços de *business center*;
- descontos no aluguer de salas de conferência;
- transporte gratuito para o aeroporto.

Ao seleccionar hotéis em localizações convenientes, a curta distância a pé dos escritórios ou do local das contrapartes, pode-se eliminar o custo e a inconveniência de obter transportes terrestres.

Muitas vezes é prático seleccionar mais do que um hotel preferencial numa localização, tanto para servir de alternativa, caso o estabelecimento de primeira opção não tiver vagas, ou por diferentes finalidades de negócios. Por exemplo, um hotel pode ser uma opção preferencial como local para a realização de cursos de formação, enquanto que outro é mais apropriado para os viajantes de outros lugares, em missão de serviço.

## CRITÉRIOS PARA A SELECÇÃO DE HOTÉIS

Veja a seguir alguns critérios para a selecção de hotéis preferenciais:

- quartos, roupas de cama e restaurantes limpos
- ambiente seguro (o bairro e o próprio edifício)
- ar condicionado, ventiladores ou aquecimento, conforme adequado
- localização próxima ao lugar onde vai ser realizado o trabalho
- refeições servidas no hotel ou em restaurantes próximos
- existência de serviços para facilitar o trabalho, especialmente acesso à internet e serviço telefónico

A escolha de hotéis é, por vezes, subjectiva. É importante que o pessoal se sinta confortável, seguro e capaz de ser produtivo no seu ambiente. Aconselha-se vivamente que os viajantes frequentes façam parte do comité de selecção que irá estabelecer uma lista de hotéis preferenciais.

## ALOJAMENTO COM PENSÃO COMPLETA

Nalguns locais, a melhor alternativa de alojamento é uma pensão que também inclua as refeições no preço. Nesse caso, os viajantes ainda têm direito a uma ajuda de custo diária, para cobrir apenas as despesas acessórias ou incidentais.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## ACTUALIZAÇÃO DAS AJUDAS DE CUSTO PARA REFEIÇÕES E DA SELECÇÃO DE HOTÉIS

A inflação pode levar à subida dos custos. Poderão surgir novos hotéis, e os hotéis seleccionados podem já não oferecer a qualidade ou os serviços esperados. É essencial que haja meios de os viajantes fornecerem informações sobre aumento de custos ou mudanças na qualidade dos hotéis. As tarifas internacionais chegam a mudar até mesmo mensalmente. Essa frequência, normalmente, não é necessária a nível local, mas será razoável fazer-se uma revisão de rotina semestralmente. Mudanças súbitas ou drásticas nas circunstâncias podem também levar a revisões, conforme o caso, das tarifas ou da selecção de hotéis.

## APÊNDICE I. Modelo de Política e Procedimento

As notas abaixo lhe ajudam a entender o que deve ser incluído em cada secção.

1. **Tópico** (Inserir só o nome do processo ou actividade.)

| | | |
|---|---|---|
| Nome da Política ou Procedimento (Fornecer um número único, de forma a facilitar as actualizações futuras. Documentar (se houver) as datas, revisões e aprovação pelo conselho de administração ou direcção da instituição.) | Documento No. | |
| | Data de entrada em vigor | |
| | Data de revisão | |
| | Revisão No. | |
| | Aprovação | |

2. **Objectivo** (Inserir uma descrição breve da política ou processo.)

3. **Histórico de revisão**

| | |
|---|---|
| Data | |
| Revisão No. | |
| Mudança | |
| Secção de referência | |

4. **Pessoal afectado** (Identificar as várias posições ou cargos — não nomes de pessoas — envolvidos no processo que está a ser documentado. Isto deve incluir todas as funções envolvidas desde o início até a conclusão do processo.)
5. **Políticas aplicáveis** (Detalhar, se houver, as regras, restrições organizacionais ou de doadores, ou políticas que se aplicam a este procedimento.)
6. **Definições** (Definir, se houver, os termos e siglas usados neste documento que talvez não sejam entendidos por todo o pessoal.)
7. **Procedimento** (Esboçar cuidadosamente cada fase e estágio procedimental, desde o início até a conclusão, procurando garantir que sejam lógicos e eficientes.)
8. **Responsabilidades** (Esboçar os papéis desincumbidos pelos vários cargos ou posições afectados. Eles implicam em solicitações, aprovações, implementação, documentação, etc.?)
9. **Materiais de referência** (Anexar, se houver, os formulários, modelos, ferramentas, amostras ou materiais adicionais que documentam ou corroboram o processo.)

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

CAPÍTULO 8

# Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde

*Malcolm Clark*
*Andy Barraclough*

1. Obter Resultados Através do Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
2. Liderança e Gestão: Competências Críticas para o Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
3. Governação de Sistemas de Saúde e Organizações de Saúde
4. Inclusão da Perspectiva de Género nos Sistemas de Saúde
5. Planear o Trabalho e Executar o Plano
6. Gestão de Recursos Humanos
7. Gestão das Finanças e dos Sistemas Relacionados
8. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde
9. Gestão das Informações: Monitoria e Avaliação
10. Gestão da Prestação de Serviços de Saúde

A gestão eficaz dos suprimentos tem o potencial de contribuir fortemente a uma disponibilidade mais fiável dos medicamentos essenciais, parte crucial da prestação de serviços de saúde de alta qualidade. Como os medicamentos são produtos caros, uma má gestão geralmente acarreta desperdícios; uma boa gestão dos suprimentos é muito impostante para a eficiência do fornecimento de medicamentos com bom custo-benefício.

Os responsáveis, no nível nacional, administram o sistema total e integrado, descrito no ciclo de gestão farmacêutica (Figura 2). Essa é uma tarefa complexa que exige o mais alto nível de liderança, gestão e habilidades técnicas.

Mas mesmo quando existem sistemas e políticas nacionais adequadas, se aqueles que gestores que estão na última ponta da cadeia de fornecimento—ou seja, desde o distrito ou organização até o centro de saúde e, finalmente, até o utente—não estiverem totalmente cientes do impacto do seu trabalho e não estiverem preparados para cumprir suas responsabilidades, os medicamentos e suprimentos essenciais não chegarão ao pessoal médico e aos utentes.

Como gestor de um programa ou serviço de saúde num distrito ou centro de saúde, você poderá sucesso nessa empreitada se usar as práticas descritas neste capítulo, focalizadas na gestão de suprimentos e uso dos medicamentos.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

A gestão dos suprimentos não funciona de forma isolada. No núcleo do ciclo de gestão farmacêutica, encontra-se um grupo de práticas e sistemas básicos de gestão que estão interligados com a gestão geral dos serviços de saúde. Outros capítulos deste manual cobrem esses tópicos, a saber:

- planeamento e organização (Capítulo 5)
- gestão de recursos humanos (Capítulo 6)
- gestão financeira (Capítulo 7)
- gestão das informações (Capítulo 9)
- prestação de serviços de saúde (Capítulo 10)

O ciclo completo de gestão farmacêutica está embasado numa estrutura de políticas e preceitos legais que estabelecem e sustentam o compromisso público de fornecer os medicamentos essenciais. As oito secções principais deste capítulo dão orientação sobre os seguintes aspectos da gestão do ciclo:

- gestão do armazenamento
- gestão do inventário e controlo de stock
- distribuição do stock a partir do depósito do centro de saúde
- boas práticas de dispensação
- prescrição e uso racional dos medicamentos
- eliminação de produtos vencidos, danificados ou obsoletos
- formação e melhoria de desempenho do pessoal envolvido com suprimentos
- supervisão da gestão de suprimentos

Este capítulo destaca os elementos essenciais da gestão de suprimentos nos níveis distrital e subdistrital e em organizações não governamentais (ONGs), oferece orientação prática para avaliar e aperfeiçoar o sistema de fornecimento nos níveis mencionados, e apresenta uma série de outros recursos técnicos e de gestão, além de referências, que lhe permitirão aperfeiçoar suas habilidades de gestão e estudar mais a fundo suas áreas de interesse. Cada secção oferece também resumos, directrizes e listas de verificação que ajudarão você e sua equipa a identificar e resolver problemas importantes.

## Introdução

A maioria das causas principais de morte e incapacidade nos países em desenvolvimento podem ser prevenidas, tratadas ou aliviadas com medicamentos essenciais de alto custo-benefício. Apesar disto, milhões de pessoas não têm acesso a medicamentos essenciais, e se o têm, o uso incorrecto dos medicamentos limita a sua eficácia.

Mesmo quando investimos grandes somas em medicamentos, muitas vezes não fazemos o melhor uso desse recurso. Uma liderança e gestão inadequadas podem resultar em desperdício em todas as suas formas—medicamentos vencidos, stocks danificados, medicamentos que nunca são utilizados—e salientam o fracasso para fazer o melhor uso dos medicamentos.

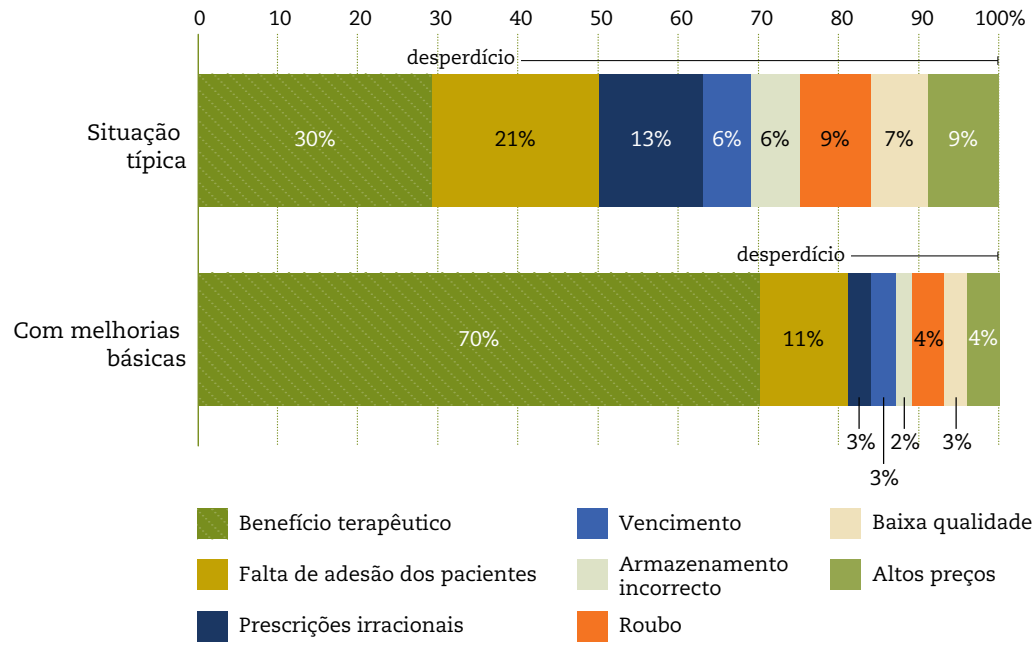
Este capítulo recomenda formas práticas em que as várias partes envolvidas num sistema de gestão do fornecimento podem melhorar o desempenho de seu centro, unidade ou organização.

Apesar de se dirigir principalmente aos gestores distritais e pessoal dos centros de saúde, este capítulo também traz informações e percepções agudas que podem ser usadas pelos responsáveis pelas políticas governamentais, gestores de programas de medicamentos essenciais, ONGs, e agências doadoras interessadas na melhoria do funcionamento dos sistemas de fornecimento de produtos de saúde pública.

Como os medicamentos tem um custo elevado—geralmente, eles são responsáveis por 30% a 50% dos orçamentos de saúde—e sua gestão é bastante diferente da de outros produtos de consumo, é necessário que o controlo seja feito por especialistas, para garantir que sua potência e eficácia sejam mantidas. Além do seu valor imediato para as pessoas, os medicamentos também servem para gerar confiança e participação nos serviços de saúde. Um centro de saúde onde faltem medicamentos para dispensar, mesmo que conte com uma boa equipa e seja bem mantido, perderá logo a sua credibilidade junto à comunidade.

Uma melhor gestão dos suprimentos pode provocar melhorias dramáticas na disponibilização dos medicamentos e na eficácia do seu fornecimento. Num sistema típico de fornecimento, até 70% dos fundos investidos em medicamentos essenciais podem ser perdidos ou desperdiçados. Através de melhorias simples e básicas da gestão, é possível fazer uma mudança significativa, como ilustra a Figura 1. Note que todas as categorias, excepto "benefício terapêutico" representam vários tipos de desperdício.

FIGURA 1. Como a redução de tipos comuns de desperdícios pode aumentar o benefício terapêutico




Nota: As percentagens somam mais de 100% devido ao arredondamento.

Em 1975, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu medicamentos essenciais como aqueles que atendem às necessidades da maioria da população. Desde então, adquiriu-se muita experiência na gestão de medicamentos e algumas lições mais amplas foram tiradas dessa experiência, inclusive as seguintes:

- Uma política nacional fornece uma base sólida e necessária para administrar o fornecimento de medicamentos.
- A selecção prudente dos medicamentos e o uso de uma lista de medicamentos essenciais (LME) servem de base a todas as outras melhorias.
- Uma gestão eficaz da cadeia de fornecimento economiza tempo e dinheiro e melhora o desempenho: não podemos nos dar ao luxo de não investir numa gestão eficaz de suprimentos.
- O uso racional dos medicamentos exige muito mais do que informações farmacêuticas.
- A avaliação e monitoria sistemáticas são essenciais para um sistema de gestão do fornecimento.

As recomendações e informações deste capítulo se encaixam nessa estrutura mais ampla de gestão do fornecimento. A logística pode ser complexa, com muitos componentes e factores interligados, porém é possível, usando os recursos já disponíveis na maioria dos países em desenvolvimento, garantir um fornecimento ininterrupto de medicamentos no ponto de prestação do serviço, mesmo nos ambientes mais difíceis. O uso da informática aumentou enormemente a facilidade e a praticidade do processamento de dados e a prestação das informações necessárias às decisões de gestão.

## O CICLO DE GESTÃO FARMACÊUTICA

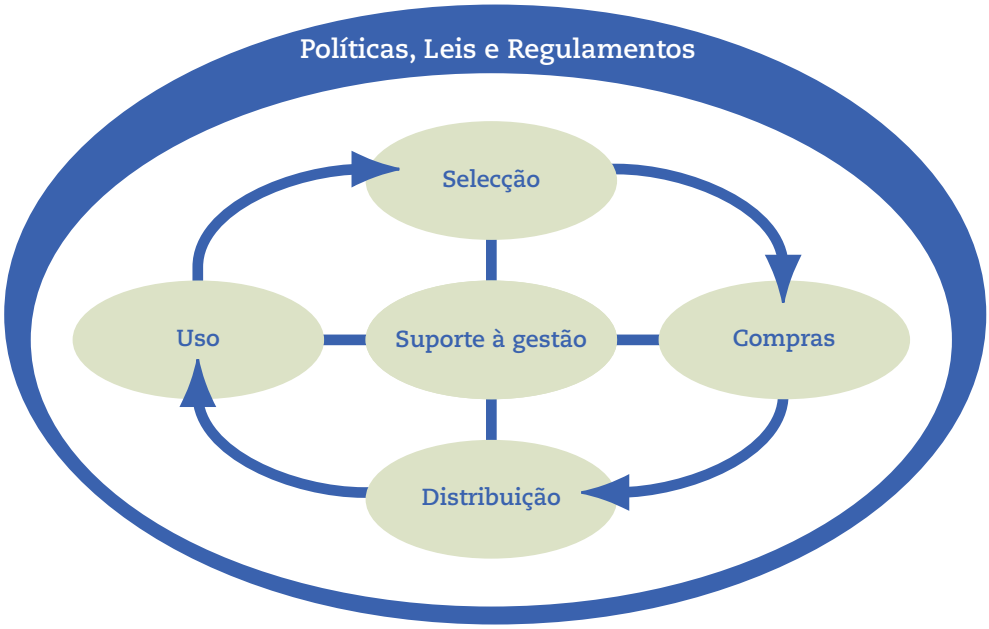
A gestão farmacêutica consiste de quatro funções básicas: selecção, compra, distribuição e uso.

- **Selecção:** implica em conhecer os problemas prevalentes de saúde, identificar tratamentos preferenciais, escolher medicamentos individuais e formas de dosagem, e decidir que medicamentos devem estar disponíveis em cada nível do sistema de saúde.
- **Compra:** inclui quantificar as necessidades de medicamentos, seleccionar métodos de compra, administrar os processos de licitação, definir os termos contratuais, e garantir a aderência dos termos do contrato à qualidade farmacêutica.
- **Distribuição:** inclui liberação alfandegária, controlo de stocks, gestão do armazém, e entrega aos depósitos, farmácias e centros de saúde.
- **Uso:** inclui diagnosticar, prescrever e dispensar, além do consumo correcto pelo utente.

No ciclo de gestão farmacêutica (ver a Figura 2), cada função importante se baseia na anterior, e conduz à próxima função. Assim, a selecção deve se basear nas experiências reais com as necessidades de saúde e uso dos medicamentos; os requisitos das compras se seguem às decisões de selecção, e assim sucessivamente.

No centro do ciclo de gestão farmacêutica encontra-se o núcleo dos sistemas de gestão relacionados com o planeamento e a organização dos serviços, a gestão financeira e de financiamento, a gestão de informações, e a gestão de recursos humanos. Esses sistemas de apoio à gestão unificam o ciclo de gestão farmacêutica. Apesar de algumas partes individuais do ciclo poderem funcionar de forma independente por um período curto de tempo, o ciclo

FIGURA 2. Ciclo de Gestão Farmacêutica




como um todo cessará sua operação e o atendimento dos utentes sofrerá, se não houver uma liderança eficaz, uma estrutura organizacional funcional, um sistema de financiamento adequado e sustentável, informações confiáveis de gestão, e pessoal motivado.

Finalmente, todo o ciclo se assenta sobre uma política e estrutura legal que estabelece e apoia o compromisso público de fornecimento de medicamentos essenciais.

Nas ONGs e a nível distrital, que constituem o foco das actividades de gestão deste capítulo, os elementos mais relevantes do ciclo de gestão farmacêutica são a distribuição, incluindo armazenamento e gestão de stocks, e o uso. Este capítulo concentra-se nessas áreas. Para os interessados em ler mais sobre o ciclo de gestão farmacêutica, consultem o Capítulo 46 do documento *"MDS-3: Gestão do Acesso a Medicamentos e Tecnologias da Saúde"* (MSH 2012).

**As práticas de gestão e liderança são importantes para uma gestão eficaz do fornecimento.** Por que é tão difícil fazer com que a gestão do fornecimento funcione de forma eficaz? A gestão do fornecimento não é difícil, mas ela exige:

- reconhecimento do valor da gestão do fornecimento para o sistema de saúde pública;
- dedicação de fundos e recursos (que serão amplamente recompensados com a enorme redução dos desperdícios);
- disponibilidade para aplicar sistematicamente as técnicas simples de gestão do fornecimento descritas neste capítulo
- práticas eficazes de liderança e gestão, conforme discutido no Capítulo 2:
  - **explorar** o sistema para detectar problemas e oportunidades para garantir a correcta gestão dos suprimentos;
  - **focalizar** recursos com base num plano bem definido para comprar, armazenar e distribuir os suprimentos correctamente;
  - **alinhar** as partes interessadas, inclusive o quadro de pessoal em todos os níveis, em torno de uma visão compartilhada da gestão adequada do fornecimento, e mobilizar os recursos para atingir essa meta;

- **inspirar** as equipas para manter a diligência necessária e garantir uma gestão eficaz do fornecimento;
- **planear** as quantidades e uso dos suprimentos em todos os níveis;
- **organizar** as estruturas, sistemas e processos necessários para a gestão eficiente do fornecimento;
- **implementar** planos de sucesso para conseguir níveis apropriados de armazenamento e inventário e de uso dos suprimentos;
- **monitorar e avaliar** a cadeia de fornecimento continuamente para garantir que o sistema funcione bem.

## Compras do Fundo Global

Os regulamentos de compras do Fundo Global de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária (FGCSTM) procura promover as boas práticas de compras. Em geral, eles seguem regulamentos semelhantes às regras de outras instituições e organizações financiadoras. Há, no entanto, certas exigências relacionadas à selecção de produtos e fornecedores, concebidas de forma a garantir a qualidade dos produtos e manter uma trilha de auditoria que promova a integridade e qualidade do processo de compra.

O impacto prático dessas exigências é que as compras feitas com fundos do FGCSTM só podem, de modo geral, serem realizadas satisfatoriamente pelos beneficiários principais a nível nacional, quando os requisitos referentes a compras podem ser agrupados e atendidos em conjunto e onde uma equipa com experiência em compras internacionais pode gerir o processo e garantir o cumprimento das determinações e requisitos do FGCSTM.

Mas para os oficiais distritais e outros envolvidos nos programas do FGCSTM, poderá ser interessante saber algo sobre as políticas e procedimentos do FGCSTM com relação a compras. A publicação do FGCSTM, "Guia das Políticas do Fundo Global de Compras Gestão dos Suprimentos", oferece esse tipo de informação.

O mecanismo CAV (sigla em inglês de compras combinadas voluntárias) do Fundo Global, iniciado em Maio de 2009, será de interesse especial para os que recebem subvenções menores e para aqueles com pouca experiência em mecanismos de compras internacionais. Os beneficiários principais que desejarem usar esse mecanismo poderão comprar anti-retrovirais (ARVs) de primeira e segunda linha, medicamentos usados na ACT (terapia combinada baseada na artemisinina), e os mosquiteiros tratados com insecticidas de longa duração (MTILDs) recomendados pelo WHOPES (Esquema de Avaliação de Pesticidas da OMS). Além disso, uma ampla grama de produtos de saúde está disponível para atender às necessidades individuais dos beneficiários principais.

Mais informações sobre o mecanismo CAV podem ser encontradas na página web do FGCSTM intitulada Serviços de Suporte às Compras.

As outras informações do Fundo Global e da OMS sobre os MTILDs cobrem os seguintes tópicos:

- compra de redes com insecticidas de longa duração
- redes com insecticidas de longa duração recomendadas
- *Relatórios Mundiais sobre Malária* da OMS
- especificações de pesticidas em saúde pública

# Gestão do armazenamento de medicamentos e produtos de saúde

Esta secção do capítulo presta informações detalhadas e essenciais para os profissionais de saúde que manuseiam medicamentos e suprimentos médicos. O conteúdo é organizado em oito subsecções, numeradas para maior facilidade de referência. Os links abaixo lhe permitirão navegar facilmente para encontrar a secção na qual estiver interessado.


I. Como estabelecer, manter e organizar uma farmácia
II. Organização dos suprimentos na área de armazenamento
III. Recebimento e arranjo do stock
IV. Rotação do stock e monitoria da data de expiração
V. Produtos que exigem condições especiais de armazenamento
VI. Condução de um inventário físico
VII. Manutenção da qualidade dos produtos armazenados
VIII. Gestão de resíduos


## I. COMO ESTABELECER, MANTER E ORGANIZAR UMA FARMÁCIA

Todas as instalações de saúde, sejam elas postos de saúde, clínicas gerais ou grandes hospitais, usam medicamentos e seus suprimentos relacionados. É preciso fazer um esforço de equipa para gerir esses suprimentos, envolvendo todos os tipos e níveis de pessoal: médicos, enfermeiros, trabalhadores de saúde e armazenistas. Isto é particularmente verdadeiro nas instalações menores, onde trabalha só um ou dois trabalhadores de saúde. Todo membro do quadro de pessoal tem um papel importante a cumprir e deve saber como administrar todos os suprimentos da unidade de saúde correctamente.

Os medicamentos e suprimentos são caros e valiosos. Precisam ser cuidados de forma a não se deteriorarem. Se forem danificados, podem perder sua potência, afectar os utentes de forma inadequada, ou, no caso dos kits de teste, poderão produzir resultados incorrectos.

Esta secção dá uma visão geral da preparação do armazem/da farmácia em seu centro de saúde. Para consultar rapidamente os procedimentos relacionados às condições físicas, veja a Lista de Verificação das Condições Físicas no Apêndice A deste capítulo.

**Escolha um cómodo protegido para servir de farmácia.** O armazem/a farmácia constitui um modo simples de manter os suprimentos com segurança. Ter todo o stock em um só lugar também torna mais fácil saber o que você tem disponível.

Seu centro de saúde deve ter uma sala que possa ser trancada a chave, que esteja em boa condição, e que seja bem organizada. Essa sala será sua farmácia. Ela deve ser separada de onde se dispensa os medicamentos. Deve-se manter todos os suprimentos no armazem/na farmácia e transferir (ou expedir) o que precisa diariamente, do armazem/da farmácia para uma área de dispensação. Se seu centro de saúde não tiver uma sala para usar como farmácia, será preciso ter um armário ou gabinete com prateleiras, que possa ser trancado e servir de farmácia.

O armazem/a farmácia deve ser grande o suficiente para conter todos os suprimentos. Dentro do armazem/da farmácia, deve haver uma área ainda mais segura onde são mantidos os narcóticos e artigos mais caros, tais como os medicamentos ARV.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Proteja todas as aberturas (janelas) com grades ou barras para impedir o roubo. Tranque o armazem/a farmácia e limite o número de chaves, especialmente para as áreas onde são guardados os narcóticos e artigos mais caros. Limite o acesso à farmácia. Somente um armazenista de nível superior ou o farmacêutico, e talvez um outro membro do quadro de pessoal, devem ter acesso à farmácia.

É preciso cumprir as leis e regulamentos de seu país quanto ao armazenamento de produtos farmacêuticos. Consulte o órgão regulador nacional do país, que certamente lhe poderá fornecer recomendações e informar quais são as directrizes mais relevantes.

**Mantenha sua farmácia em boas condições.** Os extremos de temperatura, iluminação ou humidade podem fazer os medicamentos se deteriorarem. O calor afecta todos os medicamentos, especialmente líquidos, pomadas e supositórios. Alguns medicamentos sensíveis à luz, tais como os injectáveis, se deterioram muito rapidamente quando expostos à luz. A humidade pode estragar os comprimidos e cápsulas porque absorvem rapidamente a água do ar que, assim, se tornam pegajosos e se deterioram.

Todos os produtos precisam ser mantidos em sua embalagem, recipiente ou caixa original. Siga as instruções dos rótulos.

Mantenha sua farmácia limpa e organizada. Isto tornará mais fácil encontrar os suprimentos e mantê-los em boas condições, prontos para serem usados.

**Manter e usar refrigeradores e congeladores.** Se forem usados refrigeradores e congeladores, mantenha-os em boas condições de funcionamento. A abertura e fechamento frequente da porta aumentará a temperatura no interior do aparelho e fará com que os medicamentos ou kits de teste se deteriorem. Não permita que o pessoal use esses refrigeradores ou congeladores para guardar sua comida pessoal.

Siga as instruções do seu supervisor ou coordenador de distrito de como acondicionar os produtos dentro do refrigerador ou congelador. Certifique-se de que há espaço suficiente em torno do refrigerador para que o ar possa circular livremente. Registe diariamente a temperatura dentro do refrigerador ou do congelador.

**Organize os medicamentos e produtos de saúde em sua farmácia.** Os seguintes princípios lhe ajudarão a organizar os suprimentos em sua área principal de armazenamento, área refrigerada e áreas seguras e controladas. A orientação mais detalhada da Secção III também serve, de modo geral, para uma farmácia.

**Armazene juntos os artigos similares.** "Similar" se refere à via de administração (externa, interna ou injectável) e forma de preparação (medicamentos secos ou líquidos). Armazene os medicamentos nos seguintes grupos: externos, internos e injectáveis. Nas prateleiras, posicione juntos comprimidos e cápsulas, líquidos e pomadas, e outros produtos de saúde. Também, quando se organiza cada grupo de produtos por ordem alfabética, geralmente a organização do armazem/da farmácia melhora e a gestão do stock fica mais simples.

Veja as informações na secção II sobre o controlo do acesso a medicamentos que exigem atenção ou controlo especial, tais como os ARVs e as substâncias controladas.

O Quadro 1 fornece três exemplos de armazenamento dos medicamentos juntos.

**QUADRO 1. Exemplos de Armazenamento de Medicamentos Similares Juntos**

- A pomada de Ketoconazole 2% e os comprimidos de Ketoconazole 200mg estão ambos disponíveis. A pomada é aplicada à pele (externa) e os comprimidos são tomados oralmente (interna). O trabalhador de saúde armazena a pomada junto com os produtos de aplicação externa e os comprimidos com os produtos de aplicação interna.
- Também estão disponíveis os comprimidos de Amoxicilina 250mg e a suspensão oral de Amoxicilina 125mg/5 ml. Ambos esses produtos são de aplicação interna. O trabalhador de saúde armazena os comprimidos junto com outros comprimidos e cápsulas. A suspensão oral é posicionada junto a outros líquidos.
- Chega um novo suprimento de comprimidos de Nevirapina. O trabalhador de saúde armazena os comprimidos em um armário trancado à chave junto com outros comprimidos de ARV.

Se houver três ou mais prateleiras em sua farmácia, organize seus suprimentos da seguinte maneira:

- **Prateleiras superiores:** Armazenar os medicamentos secos (comprimidos, cápsulas, pacotes de reidratação oral) nas prateleiras superiores. Use recipientes herméticos. Se a prateleira superior estiver próxima ao tecto ou longe do seu alcance, use essa prateleira para armazenar artigos que não sejam sensíveis ao calor e que não são usados regularmente.
- **Prateleiras do meio:** Armazenar líquidos, inclusive injectáveis e pomadas, nas prateleiras do meio. Não armazene medicamentos secos abaixo dos líquidos pois, se estes vazarem, os medicamentos secos poderão estragar.
- **Prateleiras inferiorear:** Armazene outros suprimentos, tais como artigos cirúrgicos, suprimentos de laboratório, preservativos e rótulos nas prateleiras inferiores.

**Identifique os nomes genéricos dos produtos.** Informe-se sobre o nome genérico de cada medicamento em sua farmácia. O nome genérico é o nome químico de um medicamento e deve ser mencionado no rótulo. O nome genérico é diferente da marca, que é o nome dado pelo fabricante.

Pode haver várias marcas diferentes de um mesmo medicamento genérico. Por exemplo, alguns dos nomes de marcas do cotrimoxazol (sulfametoxazol-trimetoprima) são Cotrex, Cotrim, Bactrim e Septrin.

**Arranje e rotule os suprimentos.** Isto pode ser feito da seguinte maneira:

- Dentro de cada grupo, arranje os suprimentos em ordem alfabética por nome genérico. Reserve espaço suficiente para cada item.
- Agrupe os itens idênticos em quantidades fáceis de contar, por exemplo, em pares ou grupos de 5 ou 10.
- Imprima o nome genérico de cada artigo em rótulos. Afixe um rótulo à frente de cada item na prateleira.

Se organizar seus suprimentos dessa forma, será mais fácil depois saber o que e quanto de cada item você tem disponível. Será menos provável que você confunda os itens que são similares em aparência ou nome.

**Agrupe os produtos por data de expiração.** A data de expiração é muito útil para armazenar e controlar os stocks de produtos farmacêuticos.

O método de gestão de stock conhecido como **PVPS (primeiro a vencer, primeiro a sair)** implica em retirar primeiro os produtos com a data de expiração mais próxima, independentemente da ordem em que foram recebidos. Este método ajuda a evitar que produtos farmacêuticos valiosos percam a sua validade.

Todos os produtos farmacêuticos têm rótulos que incluem uma data de expiração definida pelo fabricante. Esta é uma informação muito importante para o distribuidor e o utente, porque se o medicamento for usado após essa data, sua qualidade e eficácia não são mais garantidas e o utente não pode ter certeza de que ele terá o efeito desejado de tratamento. Se os rótulos farmacêuticos não incluírem uma data de expiração, isto pode ser indicação de uma fabricação de má qualidade. Será preciso levar essa falha à atenção do supervisor apropriado.

Portanto, o stock farmacêutico deve ser armazenado e controlado de forma que os itens do stock que vencerão (expirarão) primeiro sejam expedidos primeiro. O stock recém-chegado tem às vezes uma data de expiração mais próxima do que o stock que já se encontra no armazem/na farmácia—especialmente quando há múltiplas fontes de suprimento de um artigo, ou quando o stock é devolvido ou transferido de uma outra farmácia. No sistema PVPS, o stock que vence primeiro é "promovido" de forma a garantir que também seja expedido primeiro. Essa "promoção" é geralmente uma combinação da colocação física—o stock que vence primeiro é colocado à frente da prateleira de forma que seja retirado primeiro—e do bom controlo de registos, que acompanha e verifica os dados de validade de todas as unidades do stock.

Por exemplo, se você receber duas entregas de amoxicilina e a primeira a ser recebida tiver uma data de expiração de Novembro de 2017, enquanto que a segunda tem uma data de expiração de Agosto de 2016, você expediria primeiro o stock que vence em Agosto de 2016, apesar de tê-lo recebido após o stock que vence em 2017.

Para armazenar os suprimentos médicos e outros produtos básicos que não têm datas de expiração, usa-se os procedimentos **PEPS (primeiro a entrar, primeiro a sair).** Para os itens que chegam sem data de expiração ou data de manufactura, registe a data de chegada no stock e os registos e use o sistema PEPS. Este sistema segue os mesmos princípios que o sistema PVPS—o stock que vence mais rápido fica na frente da prateleira—mas você verifica as datas de recebimento e não as datas de expiração.

Siga os seguintes passos para retirar artigos vencidos e de baixa qualidade do armazem/da farmácia:

- Identifique todos os medicamentos vencidos de baixa qualidade e os suprimentos relacionados.
- Identifique os itens com excesso no stock e outros itens que não sejam mais usados em seu centro de saúde.
- Se os itens ainda estiverem dentro de sua data de validade, arranje sua devolução à farmácia ou depósito central ou a outras unidades onde sejam necessários. Siga as normas do seu centro de saúde para remover esses itens. Em caso de dúvida, entre em contacto com seu supervisor ou coordenador distrital.
- Mantenha um diário da remoção de medicamentos e suprimentos relacionados.
- Os indicadores de suprimentos de baixa qualidade ou danificados aparecem na Secção VII deste capítulo. Use-os para ajudar a decidir que artigos são inaceitáveis em sua farmácia.

## II. ORGANIZAÇÃO DE SUPRIMENTOS NA ÁREA DE ARMAZENAMENTO

As áreas de armazenamento devem ser limpas, bem organizadas e protegidas. A temperatura deve ser controlada (se necessário, deve-se instalar ar condicionado ou um ventilador de tecto) e a área deve ser bem ventilada mas não exposta ao pó. Uma regra básica é a de que, se sentir muito calor no depósito ou armazém, é porque os produtos também estão expostos a altas temperaturas.

Apesar da maioria dos medicamentos serem embalados em recipientes selados, a humidade ainda pode ser mais danosa aos medicamentos do que as altas temperaturas. Deve haver um sistema adequado de drenagem e não deve haver caixas ou produtos em contacto directo com o piso. Eles devem ser colocados sobre engradados ou prateleiras. Muitos produtos, sobretudo sob a forma injectável, são sensíveis à luz directa do sol. Mantenha os frascos em suas caixas e, se necessário, coloque cortinas sobre as janelas.

Seja qual for o tipo de armazenamento (armazém, depósito, prateleiras ou armário), os produtos devem ser arrumados sistematicamente. Há várias formas de classificar os medicamentos e produtos de saúde. Seja que sistema for usado, é importante que todos os funcionários conheçam o sistema que está a ser usado e saibam trabalhar com ele da forma mais eficaz.

> O Módulo 3 do documento *Gestão de Medicamentos de TB no Nível Básico* (Gestão Farmacêutica Racional Plus 2007) contém orientações úteis quanto ao armazenamento de medicamentos de tuberculose (TB), muitas das quais se aplicam a todos os tipos de medicamentos.

Poderá também consultar o Apêndice B deste capítulo, Lista de Verificação de Procedimentos de Armazenamento com sua equipa para verificar até que ponto o armazenamento está sendo bem gerido e, a partir daí, planear melhorias.

**Princípios do bom armazenamento.** Para todos os tipos de armazenamento:

- Siga as instruções do fabricante ou da companhia de transportes para empilhar os produtos e leia nos rótulos as condições de armazenamento.
- Posicione os produtos líquidos nas prateleiras inferiores ou na parte de baixo das pilhas.
- Armazene os produtos que exigem armazenamento a frio a temperaturas adequadas – zonas controladas.
- Armazene produtos de alta segurança ou valor em zonas apropriadas de segurança.
- Separe sem demora os produtos danificados ou vencidos do stock utilizável e deite fora esses produtos segundo os procedimentos já estabelecidos de eliminação. Veja as secções sobre gestão e eliminação de resíduos.
- Armazene todos os produtos básicos de uma maneira que facilite o uso da norma PVPS para a gestão do stock.
- Organize as caixas de forma que as setas apontem para cima e que os rótulos de identificação, datas de validade e datas de manufactura estejam todos perfeitamente visíveis. Se isto não for possível, escreva o nome do produto e a data de expiração claramente no lado visível.

**Sistemas comuns de classificação para as farmácias e dispensários menores.** Há três sistemas comuns de classificação para as pequenas farmácias e dispensários: por nome genérico e em ordem alfabética, por forma de dosagem, ou por categoria terapêutica.

- **Em ordem alfabética por nome genérico.** Esta classificação é encontrada em instalações tanto grandes como pequenas.

- **Por forma de dosagem.** Formas similares de dosagem (por exemplo, comprimidos, injectáveis, líquidos orais, pomadas, etc.) podem ser armazenadas juntas. Os produtos são separados por ordem alfabética dentro de cada categoria. Este método é simples de aplicar e manter. Não exige muito conhecimento médico e permite o uso optimizado do espaço de armazenamento, porque os pacotes de tamanho similar e que exigem condições similares de armazenamento são mantidos juntos.
- **Por categoria terapêutica.** Pode-se armazenar juntos os produtos que tenham as mesmas propriedades terapêuticas, usando a classificação da lista de medicamentos essenciais. Por exemplo, todos os antibióticos podem ser armazenados juntos, todos os medicamentos anti-hipertensivos podem ser armazenados juntos, e assim sucessivamente. Os produtos são então classificados alfabeticamente em cada categoria. Este método é mais complexo de manter e é mais adequado para as farmácias ou dispensários onde o pessoal responsável pelo depósito ou armazém têm o conhecimento necessário sobre a classe terapêutica de cada produto.

**Sistemas de classificação para grandes armazéns.** Nos grandes armazéns, onde a gama e quantidade de stock mantido é maior, sistemas diferentes se fazem necessários. Nesses ambientes, os seguintes sistemas são os mais comuns.

- **Nível do sistema de saúde.** Neste sistema, os itens destinados a diferentes níveis do sistema de saúde são mantidos juntos. Isto funciona bem nas farmácias centrais ou regionais quando, por exemplo, estão a usar kits de medicamentos essenciais (compilações de medicamentos comuns em formato de kit) para o atendimento básico de saúde.
- **Frequência de uso.** Os produtos de alta rotação são colocados na frente da área de trabalho, neste tipo de sistema, para minimizar o movimento necessário para apanhar e embalar os itens que já estão prontos para serem despachados ao consumidor.
- **Local aleatório.** Um local específico de armazenamento – como um engradado ou prateleira – recebe um código único de localização que corresponde ao seu corredor, prateleira e posição na prateleira. Este sistema funciona melhor sob a gestão informatizada de armazéns.

**Organização do stock por data de expiração.** Depois de escolhido um método de classificação, os produtos com data de expiração devem ser armazenados usando o método PVPS. Os produtos com período de validade mais curto devem ser guardados à frente dos outros cujo período de validade é mais longo.

Se os produtos não tiverem data de expiração, o método PEPS deve ser usado. Os itens recebidos recentemente devem ser guardados atrás dos que já se encontram nas prateleiras.

**Acesso controlado.** Alguns produtos precisam ser guardados num ambiente onde haja controlo de acesso. É importante identificar produtos que corram o risco de roubo ou abuso, que possam provocar dependência, ou que estejam sujeitos a exigências regulatórias. É preciso cercar esses produtos de uma maior segurança.

Os produtos controlados devem incluir aqueles sujeitos à alta demanda ou que tenham o potencial de serem revendidos no mercado negro. Os medicamentos tais como os ARVs e os usados na ACT (terapia combinada de artemisinina) poderão exigir armazenamento protegido porque são escassos, caros, e têm alta demanda e pouca oferta.

Exemplos de produtos controlados que exigem atenção especial incluem também os narcóticos (tais como petidina e morfina), opióides e analgésicos muito potentes (tais como a codeína), além de medicamentos psicotrópicos (tais como o diazepam).

Alguns desses medicamentos são **substâncias controladas,** sujeitas a controlo internacional que necessitam, portanto, de atenção redobrada. Há procedimentos específicos em vigor para a compra, recebimento, armazenamento, distribuição e administração de substâncias controladas.

**Armazenamento seguro e de acesso controlado.** Se tiver produtos que exigem uma maior segurança – tais como ARVs, novos antibióticos ou quaisquer outros produtos que tenham valor no mercado local – deverá montar um sistema de armazenamento com controlo de acesso.

É essencial estar plenamente ciente dos requisitos regulatórios referentes ao armazenamento de substâncias controladas em seu país. Além das medidas de segurança detalhadas abaixo, poderá ser necessário registar a instalação ou unidade, usar sistemas de chaves ou cadeados duplos para que sempre estejam presentes dois funcionários para se ter acesso aos medicamentos, além de ter um funcionário com qualificações específicas (geralmente, um farmacêutico de nível sénior) que controle o acesso e todas as transacções de entrada e saída do stock.

As medidas de segurança incluem provavelmente armazenar os produtos num cómodo ou sala separada e trancada ou num cofre ou, ainda, num espaço entre grades e trancas dentro da própria instalação de armazenamento. Essas áreas devem estar equipadas com alarmes que disparam se os produtos forem acedidos incorrectamente. A entrada nessas áreas deve estar limitada ao pessoal de nível mais sénior. Limite o número de chaves feitas para abrir o local controlado e mantenha uma lista das pessoas que guardam essas chaves.

**Produtos doados.** O controlo do armazenamento de medicamentos doados pode se complicar pelas exigências dos doadores ou organizações financiadoras de armazenar e prestar contas sobre esses medicamentos de formas diferentes do que as referentes a outros medicamentos. Algumas organizações doadoras exigem que os medicamentos associados a diferentes fases do financiamento sejam também armazenados e reportados separadamente. A gestão do fornecimento e o uso eficaz do espaço disponível de armazenamento ficam mais fáceis quando não se impõe o requisito precedente. Sempre que possível, é melhor se a organização doadora puder ser convencida a não exigir o armazenamento separado para esses itens e a aceitar os sistemas comummente usados de armazenamento e relatório de inventário. Se isto não for possível, os medicamentos doados terão que ser guardados separadamente do stock geral e será necessário usar registos e informes de stock separados.

## III. RECEBIMENTO E ORGANIZAÇÃO DO STOCK

**Sete providências a tomar ao receber os suprimentos.** O seguir, alguns passos básicos poderá ajudá-lo(a) e o seu pessoal a verificar a inteireza e qualidade das entregas de medicamentos e a proteger sua unidade ou organização contra fraude ou roubo.

**1. Receba os suprimentos pessoalmente.** Todos os suprimentos devem ser recebidos por pelo menos um funcionário, no momento da entrega. Às vezes, haverá uma pessoa adicional designada para receber produtos específicos (por exemplo, as substâncias controladas). Se for este o caso em sua unidade de saúde, tanto você como a pessoa designada devem estar disponíveis para receber e verificar os suprimentos.

Compare a documentação de entrega com o pedido original. Certifique-se de que o número de caixas recebidas corresponda ao informado pela farmácia central ou centro de distribuição que as enviou. Geralmente, isto está anotado no documento de entrega.

**2. Verifique o lado de fora das caixas para detectar sinais de danos ou aberturas que poderiam indicar roubo.** Verifique se as caixas foram abertas. A parte de baixo da caixa pode ter sido aberta e cuidadosamente fechada e selada novamente, depois de retirarem produtos de dentro da mesma. Por exemplo, alguém pode ter retirado o conteúdo de uma lata de produto e recolocado a lata vazia de volta na caixa.

Uma simples verificação do número e qualidade das caixas pode fazer com que a pessoa que está a pensar em roubar parte dos suprimentos desista da ideia.

**3. Mantenha um registo das entregas.** Os camiões de entrega muitas vezes servem a vários centros de saúde ao longo de uma rota de entrega. Os suprimentos endereçados à sua farmácia ou unidade poderão ser entregues a uma outra, por engano. Manter registos das entregas poderá ajudá-lo a detectar e corrigir problemas que ocorram.

Registe as informações da entrega cada vez que receber suprimentos e peça ao motorista ou pessoa que faz a entrega que assine o documento. Use uma caneta para fazer esse registo, para que não possa ser rasurado.

No mínimo, as seguintes informações devem ser registadas no momento da entrega:

- data da entrega
- número da requisição/pedido ou, se isto não for usado, qualquer informação que permita identificar o pedido que você fez
- comprovante de expedição ou número da nota de entrega
- nome e assinatura da pessoa que fez a entrega
- registo e número da licença do veículo de entrega
- número de caixas entregues
- assinatura dos funcionários que receberam os suprimentos

Entregue uma cópia do documento assinado ao motorista para que leve de volta à farmácia/depósito de produtos médicos, para ser arquivado na pasta daquele fornecedor. Mantenha as informações de entrega num arquivo seguro e facilmente consultável.

Se sua unidade ou centro de saúde não tiver um formulário de entregas, pode criar seu próprio formulário com todas as informações essenciais.

**4. Como verificação, compare os suprimentos recebidos com os artigos pedidos e com os artigos mencionados como entregues na nota de entrega.** Retire os suprimentos das caixas e leia o pedido original e os formulários de entrega. Para verificar, compare os artigos entregues com as quantidades que pediu e recebeu. Verifique se o que pediu corresponde exactamente ao que recebeu. Nos casos em que o fornecedor já lhe tenha informado que nem tudo o que você pediu estava disponível, verifique se o que recebeu é o mesmo que o fornecedor declara ter enviado.

Se faltarem alguns itens, peça-os novamente. Se menos suprimentos foram recebidos do que foram pedidos, mantenha os recebidos e use-os, mas apresente um novo pedido logo em seguida. Avise ao seu supervisor ou coordenador de suprimentos locais.

Se recebeu itens que não foram pedidos ou que não estão indicados no formulário de requisição, siga as instruções da sua organização para devolvê-los. Talvez possa manter e usar alguns dos produtos adicionais, mas verifique sua data de expiração antes de aceitá-los. Verifique com seu supervisor ou coordenador local de suprimentos. Se o facto de manter os produtos adicionais fará com que sua farmácia fique com excesso de stock ou que artigos com menos tempo de validade vençam antes de usá-los, devolva os produtos adicionais ao fornecedor.

**5. Verifique a data de expiração de todos os produtos.** Nunca aceite artigos vencidos ou expirados, pois estes podem causar danos aos utentes e/ou não ter nenhum efeito terapêutico. Verifique a data de expiração tendo em vista as regras de sua instituição, que devem prever, no mínimo, um período de 6 meses até o produto vencer. Siga as directrizes de sua instituição para devolver ou eliminar os produtos e avise ao seu supervisor ou coordenador local.

**6. Verifique a qualidade básica de todos os produtos ao recebê-los.** Procure ver se há sinais visuais de danos ou deterioração. Não aceite medicamentos de baixa qualidade ou que pareçam ter sido violados.

Verifique e guarde primeiro todos os produtos refrigerados. Se artigos refrigerados – tais como vacinas – não forem embalados em bolsas a frio, poderão estragar. Não os aceite nessa condição. Veja os indicadores de temperatura—geralmente cartões com pontos coloridos, que são usados cada vez mais para garantir que as temperaturas da cadeia de frio sejam mantidas durante todo o período de transporte.

> A secção "Manutenção da Qualidade dos Produtos Armazenados" oferece informações mais detalhadas sobre como manter a qualidade dos produtos.

Ponha os produtos danificados ou de baixa qualidade numa caixa para enviar de volta ao fornecedor ou farmácia de produtos médicos. Elimine ou devolva suprimentos vencidos ou de baixa qualidade o mais rápido possível, ao seguir a directriz adequada de como remover os artigos de baixa qualidade de sua farmácia.

**7. Documentar todas as discrepâncias.** A documentação das discrepâncias é uma protecção para você. Se quaisquer medicamentos ou produtos de saúde estiverem a faltar ou foram expedidos em excesso, ou se venceram ou estão danificados, ou ainda se são de baixa qualidade, informe ao seu supervisor e registe o problema por escrito.

- Se observar alguma discrepância no momento da entrega, procure se informar com o motorista ou pessoa responsável pela entrega, e anote tudo no formulário de entrega.
- Se detectar a discrepância depois da entrega, entre em contacto com o fornecedor e siga a directriz de sua organização sobre como relatar uma discrepância constatada.

O formulário de relato de discrepância é uma forma fácil de registar as discrepâncias. Registe todos os suprimentos que faltam ou que foram expedidos em excesso, bem como os artigos vencidos, danificados ou de má qualidade. Assine o registo e mantenha-o em arquivo.

Se não tiver um formulário, escreva um memorando sobre a discrepância e inclua toda a informação descrita nesta secção. Decida com seu supervisor quem deve receber esse memorando. Geralmente, deve-se mandar uma cópia para a autoridade competente e o fornecedor ou farmácia/armazém de distribuição de produtos médicos, e manter uma cópia em seus próprios arquivos. Os centros de saúde e as farmácias de nível primário recebem geralmente seus medicamentos e produtos de saúde de uma farmácia central ou regional, ou de outras fontes tais como as organizações doadoras ou financiadoras. O Módulo 1 do documento Gestão de Medicamentos de TB em Nível Básico contém orientação sobre o recebimento de medicamentos de tuberculose (TB), grande parte da qual se aplica a todos os tipos de medicamentos.

Em alguns ambientes, os suprimentos são entregues ao centro de saúde e, em outros, são recolhidos do armazem/da farmácia médica. Seja como for, quando se recebem suprimentos, a pessoa responsável que os recebe deve:

- certificar-se de que existe espaço suficiente para armazená-los;
- preparar e limpar as áreas usadas para receber e armazenar os produtos.

É importante garantir que o que foi entregue corresponde ao que foi pedido. A pessoa que recebe o stock deve ter uma cópia do pedido e comparar o recebido com o pedido e com os documentos de entrega para garantir que nenhum suprimento tenha sido extraviado, roubado ou danificado, e que os produtos entregues correspondam à qualidade esperada e não estejam vencidos ou próximos à data de expiração.

Se os produtos não forem os mesmos que pediu, seja em especificações ou quantidades:

- Se houver tempo, verifique com a autoridade relevante—farmácia, laboratório ou outra secção clínica—para ver se você pode aceitar os produtos ou não.
- Se não houver tempo para obter esclarecimentos sobre a aceitação ou não enquanto o camião ainda se encontra no local, aceite os produtos provisoriamente ou condicionalmente e faça anotações nesse sentido na nota de entrega. Deixe os suprimentos em quarentena até que cheguem os esclarecimentos necessários e, então, acrescente os produtos ao stock ou tome providências para devolvê-los.

Se os produtos parecerem danificados ou vencidos:

- Separe o stock danificado ou vencido do stock utilizável.
- Se os danos ou vencimento forem constatados enquanto o camião de entrega ainda estiver em suas instalações, recuse-se a aceitar os produtos e anote os problemas na nota de entrega.
- Se os danos ou vencimento forem constatados depois que o camião de entrega já partiu, siga os procedimentos previstos por sua instituição para lidar com stock danificado ou vencido.

Se os produtos não parecerem danificados ou vencidos:

- Conte o número de unidades de cada produto recebido e compare sua contagem com o comprovante de expedição.
- Registe a data e a quantidade recebida no cartão de stock ou cartão do recipiente, se for o caso. (O cartão do recipiente é um cartão de stock mantido na prateleira junto com o recipiente do produto, que regista a quantidade só naquele local.)
- Certifique-se de que a data de expiração está indicada visivelmente em cada pacote ou unidade.
- Arranje os produtos na área de armazenamento de forma a facilitar o procedimento PVPS.

As discrepâncias de pedidos são comuns. Entre elas estão a falta de alguns artigos que foram pedidos, ou o envio de quantidades menores do que as pedidas. Também poderão incluir itens que estão vencidos ou quase vencidos, danificados, ou são de baixa qualidade. As discrepâncias acabam por sair caras e não devem ser ignoradas. Para obter uma orientação rápida sobre o recebimento de suprimentos, consulte a Lista de Verificação para o Recebimento de Suprimentos" no Apêndice C.

## IV. ROTAÇÃO DO STOCK E MONITORIA DA VALIDADE

Quando expedir produtos que tenham data de expiração, siga as directrizes de PVPS para minimizar o desperdício provocado pelo vencimento dos produtos:

- Expedir sempre os produtos que perderão a validade primeiro, e verificar atentamente para garantir que não estejam muito próximos ou que tenham ultrapassado a data de expiração. A duração em prateleira que resta ao produto tem que ser suficiente para que ele possa ser usado antes da data de expiração. Os kits de tratamento da TB merecem cuidado especial, pois contêm medicamentos para um período de tratamento de 6 meses e, portanto, sua data de expiração tem que estar no mínimo a 6 meses de distância no momento em que forem expedidos para as unidades de saúde ou centros de dispensação.
- Os ARVs e outros produtos que vieram dos Estados Unidos poderão ter a data no formato "mês/dia/ano", ao invés do padrão internacional mais comum de "dia/mês/ano".
- Para facilitar o PVPS, posicione os produtos cujo vencimento será em breve à frente dos produtos cujo vencimento levará mais tempo.
- Anotar as datas de validade nos cartões de stock para que os stocks possam ser enviados às unidades ou centros pelo menos 6 meses antes do vencimento.

## V. PRODUTOS QUE EXIGEM CONDIÇÕES ESPECIAIS DE ARMAZENAMENTO

O armazenamento de produtos inflamáveis e corrosivos, e dos produtos que exigem condições de temperatura controlada, é discutido na presente secção.

**Inflamáveis.** Alguns líquidos inflamáveis comummente usados nas unidades de atendimento de saúde incluem a acetona, éter anestésico, álcoois (pré-diluição), e querosene. Grandes quantidades de produtos inflamáveis podem ser armazenados dentro das instalações, se necessário, mas devem ser mantidos em locais separados e afastados do armazem/da farmácia ou depósito principal. Grandes quantidades de inflamáveis nunca devem ser armazenados nas mesmas áreas que os medicamentos.

Um pequeno stock de inflamáveis poderá ser mantido num armário de aço, em área bem ventilada, longe de chamas vivas e aparelhos eléctricos, na farmácia ou depósito principal. Quer armazene grandes ou pequenas quantidades de inflamáveis, guarde-os sempre em seus recipientes originais. As prateleiras do armário devem ser concebidas de forma a poder conter e isolar os derrames. Marque os armários para indicar que eles contêm líquidos altamente inflamáveis e exiba um símbolo internacional de perigo como o apresentado ao lado.

É muito importante armazenar materiais inflamáveis no local mais fresco possível e nunca sob a luz directa do sol. Também é importante controlar a velocidade da evaporação e evitar o acúmulo de pressão. Inicialmente, isto pode ser feito através de um bom projecto que permita o controlo de temperatura e uma ventilação aberta (não mecânica) de qualidade. O projecto de um pequeno depósito de inflamáveis pode incluir coisas simples tais como localizá-lo numa área de sombra, com telhado em duas camadas e paredes com aberturas entre os tijolos (ou seja, se a estrutura for de tijolos pequenos, é deixado um espaço de um tijolo entre cada dois tijolos assentados) ou com tijolos de ventilação ou de "ar", que têm orifícios no seu interior. Nos dias quentes, poderá ser necessário borrifar água sobre a estrutura e colocar itens particularmente voláteis, como o éter, em pratos que contêm água.

O depósito de inflamáveis deve estar a pelo menos 20 metros de distância de outras edificações. O equipamento de combate a incêndios deve estar facilmente disponível.

**Corrosivos.** As substâncias corrosivas geralmente encontradas em hospitais ou outras unidades de saúde de alto nível incluem o ácido acético, soluções concentradas de amónia, nitrato de prata e nitrato de sódio.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

Nunca guarde substâncias corrosivas próximas a inflamáveis. O ideal é que os materiais corrosivos sejam armazenados num armário de aço separado para evitar os derrames. Use luvas e óculos de protecção de nível industrial, conforme apropriado, ao manusear esses produtos. Proteja os trabalhadores ao colocar à disposição equipamentos de segurança necessários para as quantidades de corrosivos armazenados que, no caso de grandes quantidades, poderão incluir soluções lava-olhos e duchas torrentes.

**Produtos de temperatura controlada.** Os defeitos da cadeia de frio são causas frequentes de problemas nos programas de imunização. A potência das vacinas, os produtos do sangue, os kits de teste, e muitos outros artigos dependem do armazenamento a frio. Particularmente, as vacinas têm que ser mantidas exactamente nas temperaturas controladas desde o ponto de fabricação até o ponto de aplicação.

Os depósitos nacionais e regionais de vacinas dever ser equipados com geradores independentes; idealmente, os depósitos distritais de vacinas deveriam tê-los também. Com um sistema de força de reserva, garante-se que as vacinas e outros produtos fiquem protegidos em caso de falta de energia.

A colaboração entre a OMS e PATH, denominada "Optimizar: Sistemas de Imunização e Tecnologias do Amanhã", publicou amplo material sobre como avaliar, projectar e implementar uma cadeia de frio. Consulte esse material para obter recomendações técnicas detalhadas. O Quadro 2 lista algumas publicações relevantes.

## VI. CONDUÇÃO DE UM INVENTÁRIO FÍSICO

O inventário físico é o processo de contar à mão o número de cada tipo de produto em sua farmácia ou armazém, a qualquer momento. O inventário físico permite verificar se o stock disponível corresponde aos registos de manutenção do stock. Quando se conduz um inventário físico, é preciso contar cada produto individualmente por nome genérico, forma de dosagem, e potência.

Há dois tipos comuns de inventário físico: o completo, e o cíclico ou perpétuo.

**Inventário físico completo.** No inventário completo, todos os produtos são contados ao mesmo tempo. O inventário completo deve ser realizado pelo menos uma vez por ano em todos as farmácias/depósitos, porém recomenda-se inventários mais frequentes (trimestrais ou mensais). Um inventário físico completo é mais fácil de conduzir regularmente em instalações que administram pequenas quantidades de produtos. Se administra um depósito grande, talvez precise de fechar a instalação de armazenamento durante todo um dia ou até mais.

### QUADRO 2. Publicações sobre a Cadeia de Frio

- PATH e OMS. "Estratégia de Optimização 2009-2012."
- PATH e OMS. "Análise de Cenário: Análise de EVSM." [Gestão Eficaz de Depósito de Vacinas], Fevereiro de 2008.
- PATH e OMS. "Análise de Cenário: Análise de VMAT." [Ferramenta de Avaliação da Gestão de Vacinas], Outubro de 2008.
- PATH e OMS. "Análise de Cenário: Tecnologias de Cadeia de Frio." Junho de 2008.
- PATH e OMS. "Elaboração de uma Visão para os Sistemas de Suprimentos de Imunização em 2020: Resumos das Análises de Cenário." 2011.

**Inventário físico cíclico ou perpétuo.** No inventário cíclico ou perpétuo, os produtos seleccionados são contados e verificados, em comparação com os registos de manutenção do stock, em base rotativa ou regular durante todo o ano. Os inventários físicos cíclicos ou perpétuos são geralmente apropriados para as instalações que administram grandes volumes de produtos. Se um inventário físico cíclico for usado, conte cada produto pelo menos uma vez durante o ano. Conte mais frequentemente os produtos mais sensíveis ou de maior movimentação.

**Organização de um inventário físico cíclico.** Há várias formas de organizar um inventário físico cíclico. As mais comuns são por:

- **Forma de dosagem:** Contagem dos comprimidos em Janeiro, cápsulas em Fevereiro, líquidos em Março, etc.
- **Localização no depósito:** Contagem das prateleiras de 1 a 4 em Janeiro, de 5 a 8 em Fevereiro, etc.
- **Disponibilidade de tempo:** Contagem de alguns itens a cada dia, sempre que o pessoal tiver tempo. Nos grandes depósitos, um funcionário em tempo integral é necessário para conduzir verificações do inventário físico cíclico.
- **Stock existente:** Contagem periódica de cada item cujo stock actual esteja no nível mínimo de inventário ou abaixo desse nível.

## VII. MANUTENÇÃO DA QUALIDADE DOS PRODUTOS ARMAZENADOS

Esta secção cobre 5 tópicos: indicadores de problemas de qualidade, prevenção de danos em geral, protecção contra incêndios, prevenção de pragas, e prevenção de roubos. As listas de verificação específicas para cada tópico estão no Apêndice D deste capítulo e o ajudarão a treinar seu pessoal e controlar esses problemas potenciais.

Os produtos de diferentes tipos exibem danos de formas diferentes. Alguns indicadores que pode usar para detectar os danos aparecem na Tabela 1.

Os produtos danificados nunca devem ser expedidos para os centros de saúde ou distribuídos aos utentes. Se não tiver certeza se um produto está danificado ou não, verifique com alguém que saiba. Não despache ou dispense produtos que suspeite estarem danificados.

Quando seu supervisor ou coordenador local ou um inspector visitar sua unidade de saúde, relate seus problemas a essa pessoa. A lista seguinte descreve áreas onde você, como gestor de um programa ou de serviços de saúde, pode prevenir danos ou perdas.

**Danos físicos.** Evite esmagar os produtos armazenados em grandes volumes. Como regra geral, não os empilhe a mais de 2,5 metros (8 pés) de altura. Os itens mais pesados ou frágeis (tais como os embalados em recipientes de vidro) devem ser posicionados em pilhas menores. Tampe as bordas ou pontas cortantes do depósito com fitas. Mais importante, arranje os produtos de forma que nada na farmácia possa cair e ferir as pessoas que aí trabalham.

**Limpeza.** É preciso varrer e esfregar o piso do armazém regularmente. Limpe as prateleiras e produtos para retirar o pó e a sujeira. Elimine o lixo e outros resíduos com frequência, para evitar atrair pragas. Guarde o lixo em recipientes cobertos.

**Calor e humidade.** Tente manter o armazém a uma temperatura constante. Use um termómetro de parede para monitorar e registar a temperatura pelo menos uma vez ao dia.

Os sistemas simples de ventilação, tais como as ventoinhas de extracção, podem reduzir tanto a temperatura como a humidade.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

## TABELA 1. Indicadores de Danos dos Produtos Farmacêuticos

| Tipo de Produto | Sinais de Danos |
|---|---|
| Todos os produtos | ■ embalagens rompidas ou rasgadas (frascos, garrafas, caixas, etc.)<br>■ rótulos ausentes, incompletos ou ilegíveis<br>■ escurecimento da embalagem, o que pode indicar um crescimento de fungos no material da embalagem, devido à excessiva humidade, danos causados por água, derrame de líquidos ou cola de baixa qualidade usada no material de embalagem |
| Líquidos | ■ descoloração<br>■ turbidez<br>■ sedimentos<br>■ lacre rompido nas garrafas<br>■ rachaduras em ampolas, garrafas ou frascos<br>■ humidade na embalagem |
| Produtos sensíveis à luz (por ex. filme de raios X) | ■ embalagem rompida ou rasgada |
| Produtos de látex | ■ ressecamento<br>■ fragilidade<br>■ rachaduras |
| Produtos de látex lubrificados | ■ embalagem pegajosa<br>■ produto ou lubrificante descolorido<br>■ embalagem manchada<br>■ derrame do lubrificante (embalagem húmida) |
| Comprimidos | ■ descoloração<br>■ pílulas esmigalhadas<br>■ pílulas ausentes (das embalagens blíster)<br>■ aderência (especialmente os comprimidos revestidos)<br>■ odor incomum |
| Injectáveis | ■ líquido que não volta à suspensão depois de agitado<br>■ partículas estranhas |
| Produtos esterilizados (inclusive DIUs) | ■ embalagens rompidas ou rasgadas<br>■ partes ausentes<br>■ partes quebradas ou empenadas<br>■ humidade no interior da embalagem<br>■ embalagem manchada |
| Cápsulas | ■ descoloração<br>■ aderência<br>■ cápsulas esmagadas |
| Tubos | ■ tubos pegajosos<br>■ vazamento de conteúdo<br>■ perfurações ou orifícios no tubo |
| Embalagens aluminizadas | ■ embalagens perfuradas |
| Reagentes químicos | ■ descoloração |

Em países frios, é preciso proteger o armazém de danos causados pelo congelamento, através do uso de isolamento. Se necessário, um aquecedor de baixa potência com lâmpada coberta ("caixa quente") ou um aquecedor de imersão de óleo pode ser usado para dar protecção contra o congelamento durante os meses mais frios. Em países de inverno muito rigoroso, as vacinas também têm que ser protegidas contra os danos de congelamento e geadas.

Certifique-se de que as caixas estejam pelo menos 10 cms acima dos pisos e pelo menos 30 cms afastadas das paredes e do tecto, para permitir uma circulação adequada de ar.

**Danos provocados pela água.** Nas áreas sujeitas à inundações, empilhe as caixas bem acima do piso, a pelo menos 1 metro de altura. Mantenha desobstruídas as calhas do telhado e os sistemas externos de drenagem de águas pluviais e inspeccioná-los regularmente. Se o telhado estiver sujeito a danos provocados por tempestades muito fortes, considere cobrir a parte de cima de todas as prateleiras com folhas de plástico impermeável.

**Protecção contra incêndio.** Use as seguintes directrizes para impedir danos aos produtos causados por incêndio.

- Remova resíduos e materiais de embalagem do armazém. Se desejar vender ou reciclar os materiais de embalagem, guarde-os longe dos medicamentos até serem recolhidos.
- Extintores de incêndio padronizados devem estar disponíveis em todas as instalações de armazenamento, de acordo com os regulamentos nacionais.
- Inspeccione visualmente os extintores de incêndio a cada 2-3 meses para verificar se a pressão se mantém e se os extintores continuam prontos para serem usados.
- Faça a manutenção dos extintores pelo menos uma vez ao ano.
- Coloque detectores de incêndio em toda a instalação de armazenamento e verifique-os a cada 2-3 meses para garantir que estejam a funcionar correctamente.
- Proíba totalmente fumar no armazém.
- Realize simulações de incêndio para treinar o pessoal a cada 6 meses.
- Marque claramente as saídas de emergência e verifique-as regularmente para ter certeza de que não estão bloqueadas ou não permitam o acesso.
- Exiba cartazes sobre prevenção de incêndios em locais apropriados da instalação de armazenamento (especialmente em locais onde produtos inflamáveis estejam armazenados).
- Use areia para extinguir incêndios, se não houver extintores. Coloque baldes de areia próximos à porta.

Certifique-se de que o pessoal médico esteja preparado para usar os extintores de incêndio correctamente. O Apêndice D deste capítulo fornece mais informações sobre os tipos e usos dos extintores de incêndio.

**Prevenção de pragas.** A secção sobre limpeza acima oferece orientação sobre formas básicas de prevenir infestação de pragas. O Apêndice D oferece listas detalhadas de verificação para evitar a infestação de pragas dentro e fora da instalação de armazenamento. Clique aqui para obter informações adicionais sobre este tópico.

**Protecção contra o roubo.** Tipicamente, entre 10% e 20% dos medicamentos que terá no seu stock serão responsáveis por mais de 70% do custo total de todos os medicamentos usados. Estes são os medicamentos que deveriam ser monitorados mais frequentemente.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

Para realizar uma monitoria adicional dos produtos com maior probabilidade de serem roubados ou usados incorrectamente, faça o seguinte:

- Verifique os registos de inventário relativos ao stock existente e, depois, conduza um inventário físico e compare os resultados.
- Verifique os registos de inventário para determinar o consumo durante um período específico. Verifique depois os prontuários médicos ou registos de prescrições e conte o número de cursos de tratamento ocorridos durante o mesmo período. Converta o número de cursos de tratamento a doses unitárias e compare essa cifra com o stock expedido a partir da área de armazenamento.

Se constatar uma discrepância significativa, reporte-a ao seu supervisor e continue a investigar. Os seguintes são alguns sinais de actividades corruptas:

- cobrança excessiva dos utentes
- substituição de medicamentos ou outros suprimentos essenciais
- suborno ou aceite de pagamentos não autorizados dos utentes ou do pessoal
- abuso de poder
- fraude relacionada a viagens, inclusive a reivindicação fraudulenta de reembolso de diárias

É mais seguro e eficaz relatar suspeitas de roubo ou de outras acções corruptas quando existe uma política explícita para os autores de denúncias que estimule essa prestação de informações e ofereça um mecanismo de protecção da pessoa que faz a denúncia ou apresenta a suspeita. Na ausência da dita política e mecanismo, esses relatos devem ser feitos somente a alguém com autoridade, em quem você tenha absoluta confiança. Seu relato deve conter as seguintes informações:

- a suposta infracção ou ato ilícito que você denuncia
- onde e quando (data e horário, se disponíveis) em que ocorreu o incidente
- quem é o infractor
- como o indivíduo ou firma teria cometido o ato ilícito

O Quadro 3 contém links com directrizes úteis e informações sobre a questão da corrupção.

**QUADRO 3. Links com informações sobre corrupção**

- Do Banco Mundial, uma lista de links anticorrupção;
- Da OMS, "Boa Governação de Medicamentos";
- Da OMS, "Refrear a Corrupção na Regulamentação e Fornecimento de Medicamentos";
- Da OMS, "Progresso do Programa de Boa Governação para os Medicamentos";
- As listas de verificação para prevenir o roubo durante o transporte, durante o armazenamento e nas unidades de saúde são fornecidas no Apêndice D.

### VIII. GESTÃO DE RESÍDUOS

É importante eliminar os produtos farmacêuticos de forma correcta pois poderão ocorrer sérias consequências negativas se isto não for feito. Uma eliminação incorrecta pode resultar em:

- impactos ambientais que podem incluir a contaminação do fornecimento de água potável, danos à flora (plantas) e à fauna (vida selvagem), e aumento da resistência antimicrobiana a medicamentos que foram lançados de forma inadequada no ambiente;
- desvio e revenda de medicamentos vencidos ou inactivos;
- poluição do ar, devido aos produtos incorrectamente incinerados.

Siga sempre os procedimentos do seu centro de saúde ou unidade quanto ao manuseio de medicamentos danificados ou vencidos. Na maioria dos casos, isto significa que deve enviar os produtos de volta para o depósito geral para onde envia seus pedidos de suprimentos. A eliminação segura de medicamentos modernos é uma tarefa especializada que só pode, às vezes, ser empreendida economicamente em instalações de eliminação em grandes volumes. Com isto em mente, talvez tenha que encaminhar suas necessidades em termos de eliminação de medicamentos à autoridade de saúde competente, regional ou nacional.

As áreas ocupadas pelas instalações de saúde, inclusive as áreas em torno dos centros de saúde, devem permanecer livres de resíduos médicos e outros tipos de resíduos, lixo ou entulho. Manter um ambiente limpo, onde produtos farmacêuticos e outros suprimentos médicos são armazenados, reduzirá o número de pragas, tais como insectos e roedores, e reduzirá o número de pessoas, inclusive crianças, que poderiam se ferir com equipamento médico usado ou medicamentos eliminados.

Verificar com as autoridades locais as leis relativas à gestão de resíduos médicos e à protecção ambiental, antes de instituir uma técnica de eliminação.

Planeie utilizar técnicas de armazenamento, transportes e eliminação que sejam práticas e simples. Monitore as práticas de eliminação de forma regular e frequente.

O Apêndice E deste capítulo dá directrizes para a gestão de diferentes tipos de resíduos. Informações mais detalhadas podem ser encontradas no website da OMS.

## Gestão de inventário e controlo do stock

Um sistema de gestão do fornecimento que funciona correctamente é essencial à eficácia do sistema de saúde como um todo e, portanto, ao bem estar dos utentes.

### GESTÃO DE INVENTÁRIO

**Benefícios de um sistema de controlo de inventário no centro de saúde.** Há muitos benefícios de se manter um stock suficiente de artigos num centro de saúde. Os utentes recebem os medicamentos prontamente e as faltas de stock podem ser evitadas, mesmo quando a entrega de produtos à farmácia se atrasa. Os suprimentos podem ser repostos a intervalos programados, o que economiza em custos administrativos e tempo de transporte. Os utentes confiam na unidade e buscam ajuda quando se sentirem enfermos. Além disso, um sistema eficaz de controlo do stock mantém informações actualizadas sobre o nível de stock e garante uma melhor prestação de contas dos suprimentos.

O cartão de stock é a ferramenta de controlo usada para monitorar o nível de stock e o consumo de medicamentos e suprimentos de saúde. Ao monitorar a taxa de consumo, o pessoal responsável por gerir o stock pode prever as necessidades futuras com maior precisão.

**Problemas que surgem quando o controlo do stock não é bem feito.** Quando falha o controlo do stock, surgem os problemas. A condição de um utente poderá piorar devido a atrasos no tratamento, ou então uma resistência antimicrobiana poderá se desenvolver porque uma série de tratamento não foi concluída. O utente poderá vir a falecer se faltar no stock um medicamento do qual sua vida depende. Se os medicamentos não estiverem disponíveis em unidades da área rural, os utentes poderão ser obrigados a fazer viagens longas e caras para obter tratamento. Se a disponibilidade de medicamentos no nível secundário for melhor do que no nível primário, a comunidade perderá a confiança no atendimento primário de saúde e buscará, em vez disso, o tratamento hospitalar.

As faltas de stock frequentes poderão estabelecer ou reforçar hábitos inadequados de prescrição de medicamentos. Por exemplo, quando um medicamento falta, uma alternativa menos adequada poderá ser prescrita. Poderão se fazer necessários os pedidos de emergência, que são mais custosos para o comprador e inconvenientes para o fornecedor.

**Custo de manutenção do stock.** Manter o stock de uma nova unidade de saúde pode consumir uma parcela significativa do orçamento anual total da unidade. Mas se o stock for administrado correctamente, as despesas futuras serão coerentes com o uso. Um sistema eficiente de controlo do stock economiza em termos de custos. Um controlo inadequado do stock leva ao desperdício ou aumenta os custos de manutenção do stock. Por exemplo:

- O excesso de stock de certos produtos poderá imobilizar uma parcela substancial do orçamento farmacêutico, deixando fundos insuficientes para manter outros medicamentos importantes, talvez até essenciais à sobrevivência de alguns utentes.
- Os medicamentos com excesso de stock perdem sua validade com frequência.
- Condições inadequadas de armazenamento poderão resultar em deterioração do stock (por exemplo, pensos (curativos) infiltrados por água que vaza do tecto ou medicamentos injectáveis que podem perder sua potência em depósitos muito quentes).
- Registos inadequados do stock e baixo nível de segurança facilitam os roubos.
- Uma mudança das normas ou práticas de prescrição de medicamentos poderão tornar um medicamento obsoleto. Sem um bom controlo do stock, essas mudanças podem provocar desperdício excessivo.

**O papel de líderes e gestores na melhoria da gestão do stock.** Quer seja responsável pelos suprimentos, gestor do centro de saúde ou director da clínica, gestor distrital ou coordenador local de suprimentos, ou ainda gestor provincial ou nacional de medicamentos, você tem um papel crítico para ajudar o pessoal e as partes interessadas a perceberem os custos e os benefícios da boa gestão de medicamentos e produtos de saúde. Por exemplo, ao aplicar as boas práticas de liderança e gestão em seu trabalho, inspira e organiza seu pessoal para introduzir melhorias nos sistemas de gestão de stocks.

Os funcionários às vezes resistem à implementação de sistemas de controlo de stock. As razões não devem ser ignoradas mas, sim, ventiladas abertamente para fins de discussão. Algumas razões comuns dessa resistência são uma percepção de que não sobra tempo para manter os registos adequadamente ou a sensação de que "esta não é minha função". A falta de formação apropriada poderá também ter um papel muito forte na resistência aos novos sistemas.

Quando existe um defensor da causa entre os funcionários, ele/ela pode demonstrar que o tempo gasto com as actividades de gestão do stock é um tempo bem empregado. Também os utentes precisam entender que o tempo que os trabalhadores de saúde gastam para manter actualizados os registos ajuda a garantir que seus medicamentos estarão prontamente disponíveis por ocasião de sua próxima vinda à unidade ou clínica.

**Uso de registos de stock para fazer pedir mais stock.** Uma gestão bem sucedida do fornecimento significa que os produtos necessários estarão disponíveis para os utentes que precisam desses produtos. Os suprimentos têm maior probabilidade de estar disponíveis se forem solicitados regularmente e na quantidade correcta. Em geral, a quantidade de suprimentos a ser pedida deve se basear na quantidade que é usada ou no seu consumo anterior. Quando bem mantidos, os registos de stock contêm todos os dados necessários para decidir o que pedir, quando pedir, e a quantidade do pedido.

Uma referência rápida sobre o processo de pedido de suprimentos está na Lista de Verificação ao Pedir Suprimentos, que se encontra no Apêndice F.

## CONTROLO DO STOCK

**Lista padrão de itens do stock.** Lista padrão de itens do stock. Toda farmácia deve manter uma lista padrão de itens do stock que inclui todos os produtos com os quais o armazem/a farmácia trabalha, junto com suas especificações, inclusive forma, potência e quantidade por embalagem. A lista deve ser actualizada regularmente e distribuída às sub-farmácias e unidades.

Não se deve pedir produtos que não estejam na lista padrão, excepto se tiver permissão específica para isso. Não se deve aceitar entregas de produtos que não estão na lista, excepto se tiverem sido identificadas circunstâncias especiais.

Devem ser mantidos registos de stock de todos os produtos da lista.

**Registos de stock.** É importante manter registos correctos de todos os medicamentos e suprimentos relacionados que tiver no stock. Isto ajuda a entender o fluxo de suprimentos que entram e saem de sua unidade de atendimento de saúde. Também lhe ajudará a saber:

- que itens tem disponíveis no stock
- que quantidade está disponível de cada item no stock
- que quantidade do stock é usada regularmente

Além disso, a manutenção de registos permite obter a informação necessária ao pedir novas levas de medicamentos e outros suprimentos para repor o stock.

A manutenção de registos economiza tempo e protege todo o pessoal da área de fornecimento. Se houver acusações de roubo ou uso indevido dos suprimentos, poderá consultar seus registos e fornecer uma trilha de auditoria e provas convincentes. Seus registos documentarão a movimentação dos suprimentos. Eles podem demonstrar que você não é o responsável pelo problema.

Há diferentes formas de manter registos. Os procedimentos recomendados nesta secção se baseiam no uso de um formato típico do cartão de stock. Sua farmácia, centro de saúde ou organização poderão ter seu próprio formato de cartão de stock. Os cartões de stock podem ser feitos ou modificados para se adaptar à maioria dos tipos de sistemas de manutenção de registos

> Como referência rápida aos procedimentos de manutenção de registos, veja a Lista de Verificação de Cartões de Stock no Apêndice F. Os Módulos 2 e 4 do documento *Gestão de Medicamentos de TB no Nível Primário* também contêm informação útil sobre como manter os registos e calcular os pedidos de medicamentos de TB. Uma boa parte dessas informações se aplica a todos os outros medicamentos.

## O CARTÃO DE STOCK E O SISTEMA DE CARTÕES DE STOCK

Os cartões de stock são essenciais para administrar correctamente os suprimentos. Você poderá consultar a informação registada nos cartões enquanto gere e controla os medicamentos e suprimentos relacionados. Uma boa referência para explicar o valor dos cartões de stock e formar o pessoal quanto ao seu uso é o documento "Uso dos Cartões de Stock para Melhorar a Gestão de Medicamentos", de Andy Gray.

Deve haver um cartão de stock para cada item de sua farmácia. Nas farmácias pequenas, mantenha o cartão de stock com o próprio artigo ou produto na prateleira. Use o cartão de stock para acompanhar as entradas e saídas desse artigo. Registe quando e como foi usado o artigo. Isto inclui toda a movimentação do mesmo, por ex., quando uma nova remessa do artigo chega à farmácia, quando um artigo é transferido do depósito para o dispensário, ou quando um artigo é dispensado directamente a um utente.

Se sua farmácia recebe suprimentos de organizações doadoras ou financiadoras, estas poderão ter suas próprias exigências especiais. Siga as instruções que recebeu de seu supervisor ou coordenador local.

Um cartão de stock típico, como o ilustrado na Figura 3, registaria a seguinte informação na sua parte superior:

- **item:** nome genérico do produto, inclusive sua forma e potência;
- **código:** número que identifica o artigo, se houver;
- **unidade e tamanho:** tipo de recipiente (lata, garrafa, tubo, embalagem blíster, etc.) e a quantidade/volume de itens no recipiente;
- **preço ou custo unitário:** se esta informação for recolhida em sua farmácia.

Pode haver artigos na sua farmácia com diferentes formas, potências ou tamanho unitário. Exemplos das diferenças são:

- **formas:** medicamento pode estar sob a forma de comprimido, líquido ou pomada;
- **potências:** por exemplo, a amoxicilina pode vir em comprimidos de 250 mgs ou 500 mgs;
- **tamanhos unitários:** uma lata de comprimidos pode conter 50, 100, 500 ou mais comprimidos.

Se tiver algum item em sua farmácia com mais de uma forma, potência ou tamanho unitário, use um cartão de stock separado para cada um. Trate cada forma, potência ou tamanho unitário diferentes como itens separados do stock.

Um cartão de stock típico tem também colunas para registar informações sobre a movimentação do artigo:

- **data:** quando o item é recebido na farmácia ou expedido do armazem/da farmácia;
- **recebido de:** nome do fornecedor ou farmácia de distribuição;
- **quantidade recebida:** número de unidades recebidas na farmácia;
- **expedido para:** nome da unidade de saúde e/ou área de dispensação onde o item será usado ou dispensado aos utentes;
- **quantidade expedida:** número de unidades expedidas pela farmácia;
- **saldo de stock:** número de unidades que restam na farmácia;
- **comentários:** informações importantes sobre a movimentação do item, por ex., números de lotes e datas de validade;

FIGURA 3. Cartão de Stock Típico

| SERVIÇOS DE SAÚDE DE UMA ONG DE SAÚDE COMUNITÁRIA<br>Cartão de Controlo do Stock de Medicamentos | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nome do Item:** Depo Provera | | | | | | | |
| **Potência:** 150mg/ml | | | | **Forma de Dosagem:** Via I | | | |
| **Unidade:** 100 frascos | | | | **Preço/Unidade:** $1.09 | | | |
| **Data** | **Recebido de** | **Quantidade Recebida** | **Expedido para** | **Quantidade Expedida** | **Saldo do Stock** | **Comentários** | **Assinatura** |
| 1/6/08 | B/F | | | | 125 | Saldo transportado | |
| 4/6/08 | | | Centro de Planeamento Familiar I | 30 | 95 | | |
| 5/6/08 | | | Centro de Planeamento Familiar II | 20 | 75 | | |
| 9/6/08 | | | Posto de Saúde | 8 | 67 | | |
| 14/6/08 | | | Centro de Saúde | 61 | 6 | | |
| 18/6/08 | UNFPA | 200 | | | 161 | 100 frascos quebrados devido à queda de uma caixa | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

- **assinatura:** pessoa que regista o movimento do item.

**Como registar as informações nos cartões de stock.** Ao registar informações num cartão de stock, lembre-se de:

- Usar uma *caneta* para registar o item, código, unidade e tamanho, e todas as informações sobre a movimentação do item. Essa informação não muda.
- Usar um *lápis* para registar o preço. Essa informação poderá mudar.
- Usar uma *caneta* para fazer todos os lançamentos de stock, registo de emissões, e informação de saldo.
- Se errar um lançamento, *não* use fluido corrector. Risque o lançamento incorrecto e faça o lançamento correcto na linha abaixo do anterior. Anote a razão da correcção na coluna de Comentários.
- Usar uma cor diferente, por ex., vermelho, somente para registar contagens de stock físico ou para fazer algum ajuste, por exemplo, se encontrar um erro aritmético no saldo. Anote a correcção em tinta vermelha, com uma explicação na coluna de Comentários.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

A informação que anotar na coluna de Saldo do Stock lhe ajudará a determinar quando e quanto pedir mais daquele produto. Na coluna de Comentários, registe informações sobre o stock, tais como as seguintes:

- Na primeira linha de um novo cartão de stock, anote "saldo transportado" se este for um cartão de stock de substituição, ou "novo stock", se esta for a primeira vez que tiver esse artigo em sua farmácia.
- No caso de stock novo ou solicitado novamente, registe o número da requisição, a data de expiração, e o preço, se necessário.
- Para os itens vencidos, de baixa qualidade ou com excesso de stock, registe as informações sobre a remoção desses itens.
- Registe qualquer outra informação que seja importante para a gestão dos medicamentos e produtos de saúde em sua unidade, como por ex., "a remessa chegou com um número tal de garrafas quebradas", "a cor da embalagem mudou", "as instruções de armazenamento foram revistas", etc.

Faça um lançamento toda vez que receber ou expedir um item. Registe só um movimento (ou seja, um recebimento ou uma expedição) por linha. É muito importante que anote o registo no momento dessa movimentação. Veja na Figura 3 um exemplo de um cartão de stock.

**Como administrar os cartões de stock.** Um dos aspectos principais de uma boa gestão do stock é a manutenção de registos exactos. Significa que, a qualquer momento, o stock físico de um produto deve corresponder exactamente à quantidade registada no cartão de stock.

Isto só pode ser facilmente realizado se o cartão de stock for actualizado toda vez que ocorrer uma transacção, ou seja, quando os itens forem recebidos ou expedidos. *As quantidades recebidas ou expedidas não devem ser anotadas num livro separado ou num pedaço de papel para depois actualizar o cartão de stock.*

Nas farmácias menores, é útil manter o cartão de stock junto com os produtos para, assim, facilitar e agilizar a manutenção dos registos.

**Anotação de dados no cartão de stock.** Toda vez que uma informação for anotada, a data da transacção é anotada primeiro e a pessoa que faz a anotação da transacção no cartão deve apor sua rubrica na anotação. Mais orientação sobre como anotar informações nos cartões de stock pode ser vista na publicação "Como Registar Informações nos Cartões de Stock".

Na unidade de saúde, o stock pode ser dividido em 2 categorias: **stock por grosso** e **stock para dispensação**.

- **Stock por grosso** é armazenado no depósito central, se houver, ou nas prateleiras ou armários do centro de saúde.
- **Stock para dispensação** é mantido na área de dispensação. A pessoa encarregada avia as prescrições a partir apenas do stock para dispensação.

O pessoal deve usar o cartão do recipiente, o qual é mantido junto ao produto no stock por grosso, para anotar apenas as expedições de produto do stock por grosso para o stock para dispensação e não para todo produto farmacêutico dispensado a um utente.

Quando um recipiente do stock para dispensação ficar vazio, o encarregado de suprimento repõe esse stock com outro tirado do stock por grosso.

**Como registar a entrada de produtos.** Quando chegam os produtos pedidos, as quantidades recebidas são comparadas com a documentação de entrega que acompanha a remessa. Se houver qualquer discrepância, deve-se verificar o seguinte:

- Foram recebidas todas as caixas?
- Chegou algo quebrado?
- Foram entregues produtos que não tinham sido pedidos?

Se estas questões não puderem ser resolvidas, deve-se entrar em contacto com a organização fornecedora.

Para se reflectir de forma exacta no saldo do stock, todos os recebimentos devem ser registados em atenção às directrizes previamente listadas em "Como Registar Informações nos Cartões de Stock". Para manter um saldo preciso, outros tipos de itens a receber (trocas entre distritos ou unidades, produtos devolvidos, etc.) devem ser anotados da mesma forma.

Depois de registar os recebimentos, o encarregado dos suprimentos posiciona o novo stock ao lado do stock regular nas prateleiras usando o método PVPS ou PEPS.

**Ajuste do inventário quando um produto está vencido, quebrado ou danificado.** A intervalos regulares (por exemplo, a cada 3 meses), verifique a data de expiração dos vários lotes e elimine (descarte) os itens vencidos, danificados ou obsoletos. O cartão de stock deve ser actualizado como a seguir:

- **data:** data em que os medicamentos vencidos foram removidos da prateleira;
- **para/de:** nome da instituição à qual o item está sendo enviado para a sua eliminação. Ou então escrever a palavra "destruído";
- **quantidade expedida:** quantidade retirada das prateleiras. Faz-se um círculo em torno dessa quantidade, de preferência com uma caneta a cores, para indicar que o produto não foi expedido para ser usado por uma unidade de saúde ou utente;
- **saldo do stock:** o saldo do stock corresponde ao saldo prévio, menos a quantidade expedida;
- **comentários:** indicação de que o item estava "vencido", "quebrado" ou "danificado". Registe a data de expiração do lote que foi removido.

## CONTROLO DE STOCK E GESTÃO ORÇAMENTAL

A gestão orçamental é parte integral da gestão do fornecimento em muitos países. É essencial que os gestores do nível distrital e do centro de saúde, bem como as ONGs que operam dentro do sistema, usem a gestão orçamental para optimizar o uso dos recursos, que a cada ano se tornam mais limitados. Ver no Capítulo 7 deste manual, que trata da gestão financeira, mais informações sobre a criação e monitoria de orçamentos e o uso eficiente dos recursos.

**Análise dos custos dos produtos e gastos totais em medicamentos.** O cartão de stock pode auxiliar o processo de gestão orçamental ao prestar informações essenciais sobre o consumo de produtos. Uma vez compilado o consumo dos itens usados mais frequentemente durante um período particular (um ano, por exemplo), é fácil multiplicar as cifras de consumo (obtidas com os cartões de stock) pelo custo mais actualizado (que foi registado no cartão de stock depois do último recebimento) e ter uma ideia mais clara do custo desse item particular. O Quadro 4 mostra essa fórmula simples.

**QUADRO 4. Fórmula para calcular o custo total de um produto usado durante um período específico**

custo estimado do item "A" por um período específico =

consumo total durante o dito período x último preço pago por item

**QUADRO 5. Fórmula para calcular os gastos totais com medicamentos de uma unidade de saúde durante um período específico**

gastos totais da unidade de saúde durante um período específico =

soma dos recebimentos no dito período

Todos os recebimentos podem receber um custo e os totais serem calculados para o ano. Isto dará uma ideia mais clara dos gastos totais da unidade de saúde. Veja o Quadro 5.

O próximo passo é o de identificar que parcela dos gastos totais é gasta nos produtos mais prescritos ou mais usados. Ver um exemplo no Quadro 6.

Quando existe disponível um sistema informatizado, é muito fácil fazer este exercício para todos os itens. Mas, se fizer este exercício manualmente, focalize os itens mais populares e mais caros.

**QUADRO 6. Cálculo da percentagem dos gastos totais que os itens mais populares representam**

**Fórmula**

Percentagem dos gastos totais com o item "A" num período específico "x" =
custo estimado do item A nesse período/total de despesas da unidade nesse período x 100

**Exemplo**

A quantidade total de paracetamol expedido durante o último exercício foi de 1.000 unidades. O preço cobrado pela última remessa do produto que foi recebida na unidade foi de $1,50 por unidade expedida. Portanto, o custo do produto no último exercício foi de $1.500, conforme se vê abaixo:

1.000 × $1,50 = $1.500

Durante esse período, o valor total dos medicamentos recebidos atingiu $30.000. Portanto, esse produto representa 5% dos gastos totais, durante esse exercício particular. Usando a fórmula acima, isto é:

(1.500 ÷ 30.000) × 100 = 5%

**Uso da análise ABC.** Como regra básica, quando se faz esta análise denominada **análise de Pareto** ou **análise ABC**, se você classificar os itens por ordem decrescente de acordo com seu valor (com o item mais caro no topo), constatará que:

- 15% a 20% do número dos itens do topo são responsáveis por cerca de 70% a 80% das despesas (Classe A);
- 10% a 15% do próximo número de itens são responsáveis por cerca de 10% a 15% das despesas (Classe B);
- 60% a 80% do último número de itens são responsáveis por apenas 5% a 15% das despesas (Classe C).

Há duas razões principais pelas quais um item pertenceria à Classe A:

- Trata-se de um produto de baixo custo (por ex., comprimidos de paracetamol), porém muito utilizado.
- Trata-se de um produto de alto custo (por ex., as cefalosporinas de terceira geração), cujo uso deveria se restringir a certas condições específicas, mas que está a ser usado indevidamente ou prescrito excessivamente.

Portanto, é importante identificar os itens que pertencem à Classe A. Qualquer mudança no consumo ou nos preços de um desses itens terá um impacto significativo nos gastos gerais da unidade.

**Uso da classificação VEN.** Como gestor responsável pelo fornecimento de medicamentos, você pode usar a análise ABC para descobrir para "onde vai o dinheiro", mas essa análise não indicará se o dinheiro está a ser gasto nos produtos certos. Portanto, para complementar este exercício, deverá também classificar cada item em uma das seguintes 3 categorias—Vital (V), Essencial (E) ou Não essencial (N)—conforme se explica abaixo:

- **V = Vitais:** itens (tais como a ACT ou os fluidos IV) que têm o potencial de salvar vidas e têm um impacto negativo significativo, se não estiverem disponíveis;
- **E = Essenciais:** itens eficazes contra formas de doenças menos severas, mas mesmo assim significativas (tais como antibióticos e medicamentos para condições crónicas);
- **N = Não essenciais:** itens que são usados para enfermidades menores ou autolimitadas ou itens cuja eficácia é questionável, além de itens de alto custo com vantagem terapêutica marginal (ex., xaropes para tosse, vitaminas ou antiácidos).

Não há classificações VEN padronizadas, já que as prioridades mudam de acordo com o nível de atendimento que se espera de uma unidade de saúde particular, ou com a localização geográfica dessa unidade. Por exemplo, os medicamentos de malária são essenciais ou vitais nas áreas infestadas de malária, mas não são essenciais em regiões livres de malária.

Uma vez identificados os itens da Classe A e marcados segundo a classificação VEN, você deve esperar ter apenas itens V ou E na Classe A. Se houver algum item N que pertença à classe A, ele deve ser investigado e você deve então buscar reduzir substancialmente os níveis do stock e os pedidos desses itens. Os responsáveis pela prescrição e os utentes devem ser informados sobre essas medidas e você deve ter em funcionamento um processo contínuo de formação do pessoal como parte da supervisão.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## NOVOS PEDIDOS DE STOCK

Esta secção focaliza como estimar as necessidades de medicamentos e produtos de saúde, com base nos dados históricos de consumo, e como determinar as quantidades a pedir.

**Como estimar as necessidades futuras.** Há dois métodos usados mais comummente para estimar as necessidades de produtos para um sistema de compras: o **método do consumo**, que usa dados históricos de consumo, e o **método da morbidade**, que se baseia no número de casos de cada doença ou condição de saúde importante e prevalente. Os dois métodos não são exclusivos e cada um tem seus pontos fortes e fracos.

**Método do consumo.** Esta secção focaliza o método de consumo através do uso dos dados registados nos cartões de stock. O método de consumo é a forma mais simples e, geralmente, mais precisa de calcular as necessidades de medicamentos, porque você (ou o encarregado de suprimentos) tem a informação sobre os medicamentos dispensados prontamente disponível nos cartões de stock.

No entanto, é importante entender que outros factores, tais como as faltas de stock, as variações sazonais, uma vida de prateleira curta, e o espaço de armazenamento, podem afectar a exactidão dos dados de consumo. As mudanças de formulário também podem afectar a precisão dos dados de consumo quando, por exemplo, novos medicamentos são acrescentados ou medicamentos mais antigos são removidos. Você terá que considerar esses factores ao planear seus pedidos.

**Método da morbidade.** O método da morbidade leva em consideração a prevalência de várias doenças na comunidade e o número e idade dos utentes a serem tratados. As necessidades farmacêuticas são então estimadas usando directrizes de tratamento padronizadas. O método da morbidade pode ser útil, especialmente quando você planeia novos programas ou a ampliação dos programas, mas ele exige dados que geralmente não estão disponíveis prontamente para o pessoal distrital ou a unidade de saúde.

Além disso, a análise dos dados pode ser difícil, já que um conjunto mais amplo de dados é necessário para avaliar com precisão os padrões da doença em um país particular. Sua precisão depende também de os prescritores seguirem as directrizes padronizadas de tratamento, o que nem sempre acontece e está fora do controlo dos gestores de suprimentos.

A análise da morbidade é útil, quando não existem registos de consumo disponíveis, como forma de verificação da precisão dos dados de consumo, ou quando se avalia se a prescrição de medicamentos está a ser feita de acordo com as directrizes padronizadas de tratamento.

**Comparação dos métodos de consumo e de morbidade.** A Tabela 2 compara os métodos de consumo e morbidade para quantificar as necessidades financeiras.

## CÁLCULO DO CONSUMO MENSAL

O consumo mensal é uma das peças de informação mais críticas para prever necessidades. No início de cada mês, e para cada item do stock, deve calcular a quantidade usada durante o mês anterior. O resultado é anotado no cartão de stock, se houver espaço suficiente nesse cartão para acrescentar esses dados, ou registado num formulário ou livro separado.

Há duas formas de calcular o consumo mensal:

- Somar todas as quantidades de produtos farmacêuticos ou contraceptivos expedidos durante esse período.

TABELA 2. Comparação dos métodos de quantificação de consumo e de morbidade

| | Consumo | Morbidade |
|---|---|---|
| **Usos** | ■ Primeira opção para as previsões de compras, se houver dados confiáveis disponíveis<br>■ Prognóstico mais confiável quando o padrão de consumo se mantém inalterado | ■ Estimativas de necessidades em programas novos ou ampliação de programas, ou em casos de assistência em catástrofes<br>■ Comparação de uso com necessidades teóricas<br>■ Elaboração e justificativa de orçamentos |
| **Dados essenciais** | ■ Registos confiáveis de inventário<br>■ Registos de tempo de entrega dos fornecedores<br>■ Custos projectados de medicamentos | ■ Dados sobre população e frequência dos utentes<br>■ Incidência real ou projectada de problemas de saúde<br>■ Tratamentos padrão (ideal, real)<br>■ Registos de tempos de entrega dos fornecedores<br>■ Custos projectados de medicamentos |
| **Limitações** | ■ Tem que ter dados precisos de consumo<br>■ Pode perpetuar o uso irracional | ■ Dados de morbidade não disponíveis para todas as doenças<br>■ Dados precisos de frequência não disponíveis<br>■ Tratamentos padrão não podem ser usados realmente |

- Acrescentar a quantidade de medicamentos recebidos durante o mês ao saldo que existia no início do mês e subtrair desse subtotal o saldo do stock ao final do mês.

Ver no Quadro 7 a fórmula do segundo método e um exemplo.

Há três tipos de valores no consumo mensal:

- **Um número positivo:** Se o produto foi expedido durante o mês anterior a pelo menos uma unidade de saúde ou utente, o consumo mensal deve ser positivo.
- **Zero:** Se o produto não foi expedido durante o mês anterior, o consumo mensal é de zero.
- **F/S (fora de stock):** Se o medicamento esteve fora do stock durante todo o mês, deve-se informar "F/S" na caixa correspondente.

O consumo mensal de um dado produto farmacêutico não pode ser negativo, pois isto significaria que o produto foi distribuído apesar da unidade não tê-lo no stock. Se o consumo mensal resultar negativo, refaça os cálculos, pois pode ter havido um erro, ou verifique o cartão de inventário para verificar se os dados registados estão correctos.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## QUADRO 7. Cálculo do consumo mensal

**Fórmula**

consumo mensal = (stock no início do mês + recebimentos mensais) – saldo do stock no final do mês

**Exemplo**

Um cartão de stock de comprimidos de paracetamol 500 mg mostra o seguinte:

- Saldo do stock no início de Abril = 200 pacotes de 10
- Recebimentos totais durante Abril = 100 pacotes de 10
- Saldo do stock ao final de Abril = 50 pacotes de 10

Portanto, o consumo mensal durante o mês de Abril = (200 + 100) - 50 = 250 (250 pacotes de 10)

**Nota:** As quantidades acrescentadas no mês devem reflectir apenas as quantidades expedidas para a sua própria unidade de saúde ou seus utentes. As quantidades "expedidas" pelas seguintes razões não devem ser incluídas:

- vencidos ou danificados
- ajuste do stock ou stock cedido a outra unidade de saúde

Se as quantidades expedidas sob essas circunstâncias estiverem marcadas por um círculo nos cartões de stock, será mais fácil identificá-las.

**Cálculo do consumo médio mensal.** O próximo passo é o de determinar o consumo médio mensal. O consumo médio mensal é calculado para um período particular, que geralmente não é superior a 12 meses. O método de cálculo do consumo médio mensal para um período particular é simples e envolve os seguintes parâmetros:

- **período de previsão:** número de meses incluídos no período, por exemplo, 12 meses;
- **consumo total:** soma das expedições mensais obtidas do registo que contém cada uma das expedições mensais, como descrito na secção sobre consumo mensal, apresentada previamente;
- **número de meses fora de stock:** número de meses incluídos no dito período em que o produto esteve fora de stock.

O consumo médio mensal pode ser calculado usando a fórmula exibida no Quadro 8.

No exemplo do Quadro 8, o uso total no exercício (606 unidades) foi dividido por 10 e não por 12, porque o item estava fora de stock durante 2 meses (Janeiro e Maio) durante o dito período. Portanto, o consumo médio mensal é igual a 606 ÷ (12 – 2) = 60,6, que pode ser arredondado para 61 unidades.

Uma vez conhecido o consumo médio mensal, pode-se usar esta informação como directriz para prever futuras necessidades farmacêuticas.

**Cálculo do consumo anual.** No exemplo do Quadro 8, o primeiro mês da tabela de consumo não é o primeiro mês do ano civil, mas o primeiro mês do exercício (ano fiscal). Como a monitoria do orçamento é uma preocupação essencial, ter os meses nessa ordem facilitará a análise das informações para o exercício.

## QUADRO 8. Cálculo do consumo médio mensal

**Fórmula**

consumo médio mensal = consumo total durante um determinado período ÷
(número de meses cobertos pelo período de consumo – número de meses fora de stock)

**Exemplo**

| Exercício | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Uso | Vencido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2008/09 | 80 | 67 | 0 | 45 | 90 | 80 | O/S | 60 | 50 | 45 | O/S | 89 | 606 | 10 |

No início de cada exercício, calcule o total de consumo mensal de cada produto farmacêutico durante o ano anterior. Informe o resultado na coluna "Uso". Próximo a esta, na coluna "Vencido", registe a quantidade total de produtos vencidos que foram removidos do stock.

No exemplo do Quadro 8, o consumo do exercício é de 606 unidades, ou seja, a soma de todo o consumo mensal.

**Avaliação da situação do seu stock.** Para estimar por quanto tempo o stock actual atenderá adequadamente às necessidades de sua unidade de saúde, distrito ou área (seu nível de stock), divida o stock existente pelo consumo médio mensal, conforme mostra o Quadro 9.

Uma vez conhecido o consumo médio mensal de um produto, é um exercício útil e fácil verificar rotineiramente o nível de stock de itens essenciais, especialmente os itens da Categoria A (responsáveis pela maior parte dos gastos em medicamentos).

Quando há excesso de stock de certos itens, eles devem ser devolvidos ao depósito (ou hospital) ou redistribuídos a outras unidades de saúde. As reuniões distritais ou regionais são excelentes oportunidades para você explorar com seus gestores de suprimentos a possibilidade de redistribuir itens com excesso de stock.

## QUADRO 9. Determinação da situação do seu stock

**Fórmula**

situação do stock (em meses) = stock existente ÷ consumo médio mensal

**Exemplo**

Se o consumo médio mensal de cápsulas de Amoxicilina 250 mg é de 40 pacotes de 50 cápsulas por mês e o stock actual é de 160 pacotes de 50 cápsulas, o nível do stock é igual a 4 (160 ÷ 40 = 4). Significa que a quantidade em stock deve durar mais 4 meses. Evidentemente, isto só é verdade se não houver grandes mudanças no padrão de consumo.

Se o stock actual de cápsulas de Amoxicilina 250 mgs fosse de 400 pacotes de 50 cápsulas, o nível do stock seria igual a 10 (400 ÷ 40 = 10). O próximo passo é determinar se há excesso de stock do produto.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

**Factores que influenciam a quantidade do pedido.** Ao calcular a quantidade a pedir, é preciso considerar vários factores. Esses factores podem ser divididos em duas categorias mais amplas:

- **Factores constantes:** Esses factores não variam muito de mês a mês. Seus valores são razoavelmente previsíveis e podem ser calculados facilmente a partir de dados históricos.
- **Factores variáveis:** Estes variam regularmente ou não podem ser previstos.

Os factores constantes incluem:

- **Consumo médio mensal:** quantidade média usada por mês;
- **Tempo de espera do fornecedor:** tempo transcorrido entre o envio do pedido e o recebimento do pedido em sua farmácia ou unidade;
- **Saldo de stock:** saldo do stock no momento do pedido;
- **Período de compra/frequência de pedido:** tempo transcorrido entre dois pedidos ou a frequência com que um pedido é feito;
- **Capacidade de armazenagem:** quanto menor a área de armazenamento da unidade, menos ela pode armazenar.

Os factores variáveis incluem:

- **Campanhas de saúde:** Se uma campanha for lançada para promover produtos particulares (tais como contraceptivos ou vacinas), pode-se esperar que seu consumo aumentará durante a dita campanha;
- **Surtos de doenças:** Se houver um surto de uma doença, pode-se esperar que o consumo dos produtos necessários para tratar a dita doença aumentará;
- **Factores sazonais:** Algumas doenças são mais frequentes durante um período particular do ano. Assim, aumenta o consumo dos medicamentos recomendados para essas doenças. Os exemplos incluem a gripe no inverno e a diarreia durante a estação de chuvas;
- **Novos prescritores:** Se um novo prescritor for indicado para a unidade, pode-se esperar algumas mudanças no uso de certos produtos;
- **Atribuições orçamentais:** Quando os produtos são adquiridos dentro do orçamento limitado de uma unidade, os trabalhadores de saúde têm que escolher e, muitas vezes, diminuem o uso e a quantidade dos pedidos de alguns itens não essenciais.

Idealmente, deve-se ter uma ideia clara de como todos esses factores influenciam a quantidade a pedir. Mas, apesar de alguns desses factores poderem ser claramente definidos, outros são imprevisíveis.

A opção mais fácil consiste em pedir o suficiente para não ter que se preocupar com a possibilidade de falta de stock, porém os recursos financeiros são sempre limitados. Lembre-se de que quanto maior o stock, mais fundos são investidos e maior a probabilidade de que esse stock perca sua validade.

A arte da boa gestão do stock é a de manter um equilíbrio entre os benefícios de manter um stock e os custos associados com isto. O Quadro 10 lista alguns desses benefícios e custos.

QUADRO 10. Benefícios e custos de manter um stock

| Benefícios | Custos |
|---|---|
| Minimizar as faltas de produtos essenciais à sobrevivência | Custo de capital |
| Facilitar as compras por grosso | Expiração |
| Aumentar a eficiência do transporte | Deterioração |
| Proteger contra as variações | Obsolescência<br>Armazenamento<br>Roubo |

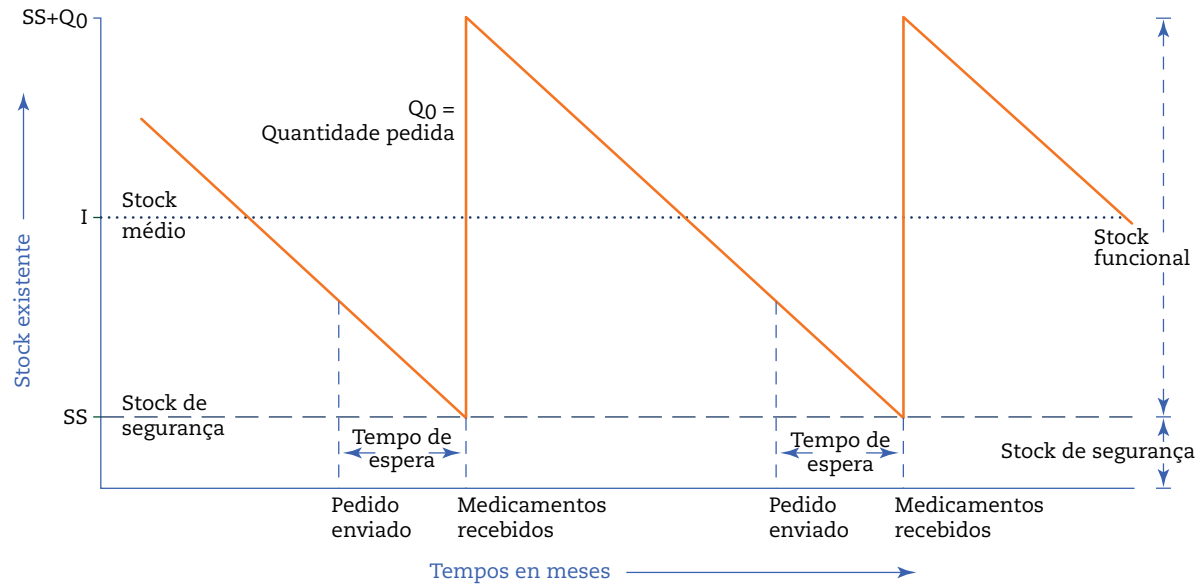
**Como calcular o stock máximo.** Além de monitorar o nível do stock, o principal objectivo de se manter bons registos de stock é permitir que você peça a quantidade certa no momento certo, ou seja, que tenha stock suficiente para suprir as unidades de saúde ou dispensar aos utentes até que chegue a próxima remessa. Esta secção apresenta dois cálculos que é preciso fazer para gerir os pedidos de renovação do stock:

- calcular o stock máximo
- calcular a quantidade a pedir

Num gráfico típico de gestão do stock, como o da Figura 4, o nível de stock se reduz com o tempo e, durante esse período, um novo pedido é enviado, idealmente antes do nível de segurança do stock ser alcançado. Quando o pedido é entregue, o nível do stock sobe ao seu valor máximo. A quantidade começa a ser usada de novo e o nível do stock volta a baixar com o tempo, e assim sucessivamente

A arte da gestão do stock é a de repor o stock antes que o nível caia abaixo do nível de segurança, com cuidado para não ultrapassar o nível máximo de stock.

FIGURA 4. Modelo Ideal de Controlo do Stock



Neste modelo, os pedidos são enviados a intervalos regulares. Quando um pedido é feito, a quantidade pedida deve ser só aquela necessária para elevar o saldo do stock ao nível máximo. Mas, devido a mudanças inesperadas dos padrões de consumo que podem ocorrer durante o período de entrega, o consumo médio mensal poderá mudar. Portanto, quando os produtos são recebidos, o nível de stock pode já não corresponder ao nível máximo, podendo ser superior ou inferior a esse nível máximo de stock. Pode-se corrigir a situação quando o próximo pedido for enviado.

Esta secção descreve a **abordagem de stock máximo**, o que significa recompor o stock a um nível máximo óptimo toda vez que for entregue um pedido. Este é um método simples, confiável e adequado para as farmácias dos centros de saúde e distritos. Existem variações desta abordagem, como as descritas no Manual de Logística: *Guia Prático para os Gestores de Cadeia de Fornecimento para Programas de Planeamento Familiar e de Saúde* (USAID | Projecto DELIVER, 2011), disponível pela John Snow, Inc.

O nível máximo de stock é geralmente definido como o stock suficiente para cobrir tanto o tempo já conhecido para processar novos pedidos, como quaisquer atrasos imprevistos. Em geral, este é o tempo de espera mais o período de frequência de pedidos, com um valor adicional para o stock de segurança.

Na maioria dos casos, o **stock de segurança** deve ser suficiente para durar um período de espera, de forma a cobrir qualquer possível atraso na entrega ou os aumentos imprevistos do consumo, enquanto se espera pela entrega. Basicamente, a fórmula duplica o período de tempo de espera para enfrentar atrasos excepcionais e aumentos imprevistos do uso.

**Uso dos factores de stock máximo.** Para simplificar o cálculo, pode-se usar um factor de stock máximo predefinido. O sistema usado pelo Departamento de Saúde da Província Oriental do Cabo, na África do Sul, é mostrado como exemplo na Tabela 3. O factor de stock máximo varia com a frequência dos pedidos e o tempo de espera da entrega.

Neste exemplo, com um tempo de espera de 4 semanas (1 mês) e uma frequência de pedidos de 1 mês, o factor de stock máximo da tabela é de 3, que é:

> o tempo de espera (1) + período de frequência do pedido (1) +
> stock de segurança suficiente para cobrir o tempo de espera (1)

Com um tempo de espera de 4 semanas e frequência de pedidos de 6 semanas (1,5 mês), o factor de stock máximo seria de:

> tempo de espera (1) + frequência de pedidos (1,5) + stock de segurança (1) = 3,5

Neste exemplo, a soma seria arredondada a um factor de stock máximo de 4.

TABELA 3. Factor de Stock Máximo

| Frequência de pedido | Tempo de Espera (Semanas) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 4 | 6 |
| Semanal | 1 | 1 | 2 | 3 |
| Quinzenal | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Mensal | 2 | 2 | **3** | 4 |
| Cada 6 semanas | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Cada 2 meses | 3 | 3 | 4 | 5 |
| Cada 3 meses | 4 | 4 | 5 | 6 |

## QUADRO 11. Cálculo do Stock Máximo

### Fórmula

stock máximo (em unidades emitidas) =
consumo médio mensal x factor de stock máximo

### Três exemplos

1. Se forem pedidos suprimentos uma vez por mês e o tempo de espera for de 4 semanas (1 mês), o factor de stock máximo será então de 3. O consumo médio mensal é de 50 unidades e o saldo actual do stock é de 80 unidades. Portanto, o stock máximo é de:

   50 unidades (consumo médio mensal) x 3 (factor de stock máximo) = 150 unidades

   Neste exemplo, o saldo actual de stock (80) está abaixo do nível de stock máximo recomendado (150), portanto, seria preciso enviar um pedido para esse item.

2. Se forem pedidos suprimentos uma vez por semana e o tempo de espera for de 2 semanas, o factor de stock máximo será então de 1. O consumo médio mensal é de 40 unidades e o saldo actual do stock é de 58 unidades. Portanto, o stock máximo é de:

   40 unidades (consumo médio mensal) x 1 (factor de stock máximo) = 40 unidades

   Neste caso, como o saldo de stock (58) é superior ao stock máximo recomendado, não é preciso fazer um pedido.

3. Se forem pedidos suprimentos a cada duas semanas e o tempo de espera da entrega pelo fornecedor for de 4 semanas, o factor de stock máximo será então de 3. O consumo médio mensal é de 30 unidades e o saldo actual do stock é de 85 unidades. Portanto, o stock máximo é de:

   30 unidades (consumo médio mensal) x 3 (factor de stock máximo) = 90 unidades

   Como o saldo de stock está logo abaixo do stock máximo, poderíamos pedir uma quantidade menor. Uma quantidade menor poderá ser solicitada no próximo pedido já programado.

**Cálculo do stock máximo.** Uma vez identificado o factor de stock máximo, o próximo passo é calcular o stock máximo usando a fórmula do Quadro 11.

Em seguida, compare esse stock máximo com o actual saldo de stock utilizável (sem nenhum item vencido ou danificado), para tomar uma decisão sobre enviar ou não um pedido de stock:

- Se o saldo de stock actual for igual ou maior que o stock máximo, não há necessidade de fazer pedido.
- Se o saldo de stock actual for menor que o stock máximo, então seria preciso fazer um pedido, excepto se o produto for descontinuado ou seu uso for influenciado por factores externos tais como o final da época de chuvas, final de campanha, ou modificação da lista de medicamentos essenciais ou das directrizes padrão de tratamento.

## COMO CALCULAR A QUANTIDADE A PEDIR

Esta secção descreve como calcular a quantidade a pedir, de forma a evitar falta ou excesso de stock.

Sem conhecer o consumo médio mensal exacto, é impossível determinar com precisão quanto pedir. Isto mostra a importância de manter registos de stock actualizados e precisos.

Um equívoco comum é o de pedir uma quantidade igual ao stock máximo menos o stock actual. Isto não funciona, porque durante o período de tempo de espera da entrega, serão expedidos produtos, ou seja, sairão do stock. Há sempre um atraso entre o envio do pedido e o recebimento dos produtos, o que deve ser levado em consideração na quantidade do pedido.

De fato, quando o pedido é entregue, o saldo de stock é menor do que por ocasião do pedido e a soma do stock, mais a quantidade recebida, não é suficiente para atingir o stock máximo. A solução é acrescentar ao pedido uma quantidade equivalente à quantidade que provavelmente será expedida do stock durante o período de espera pela próxima entrega.

O conceito por trás do cálculo da quantidade a pedir é simples: quando o pedido é recebido, a quantidade pedida deve repor o stock de forma que este volte ao seu nível máximo. Como explicado no Quadro 11, se o stock máximo for superior ao saldo de stock, não há necessidade de fazer um pedido. Portanto, é preciso conhecer o stock máximo antes de tomar uma decisão.

Quando estiver pronto para enviar um pedido, precisará de informação sobre:

- consumo médio mensal
- saldo do stock quando o pedido for feito

O consumo médio mensal já foi discutido em detalhe. O saldo de stock está disponível no cartão de stock ou por contagem física, se necessário.

Além disso, é preciso conhecer também dois parâmetros relativamente constantes:

- tempo de espera (pela entrega do pedido)
- frequência de pedidos

Será preciso conhecer o tempo de espera e a frequência de pedidos por experiência própria, ou então pode-se consultar a programação de pedidos.

**Determinação dos factores de novos pedidos.** Para simplificar a tomada de decisões, pode-se desenvolver uma **tabela de factores de novos pedidos**. Veja a Tabela 4, na qual o tempo de espera é acrescentado ao factor de stock máximo para várias combinações de tempo de espera com frequência de pedidos. Por exemplo, na tabela de factores de stock máximo (Tabela 3), o factor de stock máximo para um tempo de espera de 4 semanas e uma frequência de pedido mensal, é de 3. Para determinar o factor de novo pedido, acrescenta-se o tempo de espera (1 mês) a esse valor, o que nos dá então um factor de novo pedido de 4.

Uma vez identificado o factor de novo pedido, o próximo passo é calcular a quantidade a pedir, usando a fórmula do Quadro 12.

Se a quantidade sugerida de pedido for muito pequena, poderá talvez decidir adiar o pedido até a próxima data programada. Ou, se a demanda de um produto estiver associada a uma temporada particular e essa temporada já terminou, você reduziria a quantidade a pedir ou não pediria nada.

TABELA 4. Tabela de factores de novos pedidos

| Frequência de pedido | Tempo de Espera (Semanas) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 4 | 6 |
| Semanal | 1.25 | 1.50 | 3.00 | 4.50 |
| Quinzenal | 1.25 | 2.50 | 4.00 | 5.50 |
| Mensal | 2.25 | 2.50 | **4.00** | 5.50 |
| Cada 6 semanas | 2.25 | 3.50 | 5.00 | 6.50 |
| Cada 2 meses | 3.25 | 3.50 | 5.00 | 6.50 |
| Cada 3 meses | 4.25 | 4.50 | 6.00 | 7.50 |

**Combinação dos factores de stock máximo e de novo pedido.** Depois de ter dominado o uso do factor de stock máximo e o factor de novo pedido, poderá usar ambos os factores juntos para calcular a quantidade de um artigo a pedir.

O Apêndice F deste capítulo contém exemplos de uso dessas tabelas.

**Um alerta.** Essas fórmulas devem ser usadas somente como directrizes para estimar as quantidades precisas do pedido. A modificação de qualquer componente do ciclo de compra (data de entrega, data de expiração, surto de uma doença, etc.) influenciará todo o sistema. Sua experiência e a natureza de cada medicamento ou produto são considerações essenciais para chegar a uma decisão final sobre as quantidades a pedir.

**Pedidos de emergência.** Em caso de epidemia, emergência ou doença sazonal, não siga os procedimentos de pedido de suprimentos com base no consumo anterior. Planeie para a nova situação depois de buscar orientação com seu supervisor ou coordenador local de suprimentos.

Em caso de epidemia ou emergência, determine suas necessidades de emergência com base no consumo mensal esperado. Faça uma estimativa dos suprimentos de emergência de que precisará e faça um pedido de urgência. Certifique-se de saber onde e como obter esses suprimentos o mais rápido possível.

Em caso de doença sazonal, peça um número ou volume suficiente de suprimentos apropriados muito antes da época prevista para o início da temporada da doença. Determine a quantidade a pedir com base na quantidade que usou na temporada anterior, por exemplo, no ano passado ou na última época de chuvas ou seca.

Em caso de más condições de tempo, que podem provocar atrasos na chegada dos suprimentos ao centro, evite atrasos de entrega ao planear com antecedência. Se a temporada de chuvas se aproxima e as estradas deverão inundar, os suprimentos deverão chegar ao centro de saúde antes das chuvas começarem. Peça suprimentos adicionais, aumente o stock de reserva, ou envie o pedido ainda mais cedo do que o planeado. Determine a quantidade a pedir com base no número estimado de meses a cobrir.

QUADRO 12. Fórmula para calcular a quantidade a pedir

quantidade a pedir (em unidades emitidas) =
(consumo médio mensal x factor de novo pedido) – stock disponível

TABELA 5. Tabela de combinação dos factores de stock máximo e de novo pedido

| Frequência de pedido | Tempo de Espera (Semanas) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | | 2 | | 4 | | 6 | |
| | Factor de stock máximo | Factor de novo pedido | Factor de stock máximo | Factor de novo pedido | Factor de stock máximo | Factor de novo pedido | Factor de stock máximo | Factor de novo pedido |
| Semanal | 1 | 1.25 | 1 | 1.50 | 2 | 3 | 3 | 4.50 |
| Cada 2 semanas | 1 | 1.25 | 2 | 2.50 | 3 | 4 | 4 | 5.50 |
| Mensal | 2 | 2.25 | 2 | 2.50 | 3 | 4 | 4 | 5.50 |
| Cada 6 semanas | 2 | 2.25 | 3 | 3.50 | 4 | 5 | 5 | 6.50 |
| Cada 2 meses | 3 | 3.25 | 3 | 3.50 | 4 | 5 | 5 | 6.50 |
| Cada 3 meses | 4 | 4.25 | 4 | 4.50 | 5 | 6 | 6 | 7.50 |

## PROCEDIMENTOS DE CONTROLO DO STOCK AO FINAL DO MÊS

É uma boa prática verificar seu stock regularmente e o final do mês é um bom momento para fazer isso. Talvez queira fazer isto de forma rotativa, ou seja, verificar os comprimidos e pomadas num mês, por exemplo, e os injectáveis e preparações parenterais de grande volume no mês seguinte, e assim sucessivamente.

Outra boa prática é a de traçar uma linha no seu cartão de stock para indicar o final do mês, usando uma caneta vermelha ou azul. Isto lhe permite identificar o mês rapidamente e fazer cálculos de consumo relativo ao mesmo.

## AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS DE CONTROLO DO STOCK

Ao avaliar um sistema de controlo de stock, deve-se buscar não um sistema matemático complexo, mas sim investigar se:

- esse sistema tem regras razoáveis para determinar as quantidades dos pedidos (como, por exemplo, o sistema descrito em "Pedido de Novo Stock");
- as regras são percebidas, aceitas amplamente e aplicadas consistentemente;
- são mantidos registos básicos de stock e estes são exactos e actualizados;
- os parâmetros importantes são mantidos actualizados (por exemplo, os níveis mínimo e máximo são examinados);
- o pessoal de nível superior demonstra capacidade de liderança ao considerar seriamente a questão de controlo do stock.

O problema é que muitas organizações acham que fazem essas coisas, mas poucas as fazem na prática. A Ferramenta de Avaliação do Controlo do Stock (IMAT, em inglês) pode ser usada para examinar a eficácia das práticas de monitoria do stock e manutenção de registos, além de ajudar os utilizadores a identificar sugestões de melhorias. Essa ferramenta oferece indicadores simples de problemas de gestão do stock; pode-se recolher facilmente as informações e fazer rapidamente os cálculos necessários.

Apesar da IMAT não oferecer uma análise completa das razões de possíveis problemas que você identificar com o encarregado dos suprimentos ou a equipa de gestão do fornecimento, essa ferramenta faz indicações úteis de onde foram detectados problemas e sugere trabalhos posteriores para entender totalmente esses problemas e preparar possíveis soluções.

# Distribuição do stock a partir do depósito do centro de saúde

Os medicamentos e suprimentos têm que ser levados do depósito do centro para os locais onde são usados, ou seja, áreas de tratamento, enfermarias ou ambulatórios. Os procedimentos são semelhantes, seja qual for o tamanho do centro ou instalação. Veja mais detalhes no Capítulo 46, "Gestão Farmacêutica dos Sistemas de Saúde", no documento *MDS-3: Gestão do Acesso a Medicamentos e Tecnologias de Saúde* (MSH 2012).

## DISTRIBUIÇÃO EM PEQUENOS CENTROS DE SAÚDE

Os centros menores poderão não ter uma farmácia separada, mas devem ter um depósito ou armário para os medicamentos e uma área separada de dispensação e tratamento. Deve-se manter, na área de tratamento, um stock de trabalho (geralmente, um único recipiente) de medicamentos mais comuns. Pode-se guardar os medicamentos orais em um carrinho, um armário ou uma caixa de dispensação, desde que se possa trancá-los. Um stock reduzido de medicamentos injectáveis comuns deve ser mantido em uma bandeja coberta na sala de tratamento. Geralmente, há uma área separada para limpar e cuidar das feridas, onde se deve manter uma gama adequada de artigos em carrinhos e em armários trancáveis.

Reponha diariamente esses stocks de trabalho, a partir do depósito. Os recipientes do stock de trabalho devem ser mantidos fechados, excepto quando estiverem a ser realmente usados, para evitar sua deterioração e perda de valor terapêutico. Os detalhes aparecem na secção deste manual, denominada "Boas Práticas de Dispensação".

## DISTRIBUIÇÃO EM FARMÁCIAS HOSPITALARES

O movimento e controlo do stock é mais complexo em instalações maiores, onde se presta um atendimento médico, cirúrgico e de maternidade. Cada tipo de enfermaria deve ter sua própria lista de stock para facilitar o controlo e reduzir o potencial de uso incorrecto dos suprimentos e, para isto, poderá ser necessário ter depósitos separados. O armazem/a farmácia hospitalar deve ser responsável por renovar o stock de todas as áreas de guarda de medicamentos, podendo ainda distribuir para os utentes internados ou ambulatórios individuais. O volume de receitas dos ambulatórios poderá justificar um dispensário de ambulatório separado do armazem/da farmácia principal. Uma opção para os hospitais que atendem aos utentes com doenças crónicas é a de encaminhar os utentes já estabelecidos aos centros de saúde locais para receberem seus medicamentos, pois isto reduz o tempo e o custo de viagem dos utentes.

O armazem/a farmácia hospitalar poderá ter um stock de trabalho, a partir do qual distribui os medicamentos aos utentes internados e, depois da alta destes, aos utentes de ambulatórios e às enfermarias, departamentos e bandejas de emergência. Deve ser preparada uma "lista de desejos" durante todo o dia, a ser reposta a partir do depósito. Normalmente, esta responsabilidade é de um número limitado de pessoas; esse trabalho é feito em base rotativa em muitas enfermarias hospitalares.

**Pré-embalagem para distribuição aos utentes de ambulatórios.** Para economizar o tempo tanto do pessoal como dos utente em centros muito ocupados que dispensam um volume alto de prescrições, é útil pré-embalar os medicamentos orais mais comummente distribuídos em quantidades apropriadas, para as séries de tratamento padronizadas. Esta actividade de embalagem pode ser feita em momentos do dia ou da semana em que houver menos trabalho. A pré-embalagem é também necessária quando quantidades menores do que as embalagens originais se tornarem necessárias para os stocks das enfermarias.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Em alguns países, poderá haver um melhor custo-benefício em comprar os medicamentos mais comummente usados em recipientes por unidade de uso (ou série de tratamento). Isto é particularmente apropriado para as terapias de longo prazo, tais como o tratamento de TB, em que o uso dos "kits de TB" fornecidos pelo Centro Global de Medicamentos tem sido particularmente benéficos. Os medicamentos pré-embalados também são adequados para artigos de alto volume tais como os tratamentos de malária.

Algumas considerações importantes ao reembalar medicamentos são:

- usar recipientes apropriados para manter a qualidade farmacêutica;
- evitar a contaminação ou misturar lotes diferentes de medicamentos;
- etiquetar os recipientes correctamente e designar uma nova data até a qual o artigo deve ser usado.

**Suprimento a utentes internados.** Há três técnicas básicas para a distribuição farmacêutica hospitalar aos utentes internados:

- stock por grosso da enfermaria
- pedidos individuais de medicamentos
- distribuição de doses unitárias

O sistema de stock de enfermaria por grosso ainda é usado em muitos países. O sistema rotativo, de troca ou de complementação é um método comum para abastecer as enfermarias com o stock por grosso. Os recipientes vazios são enviados de volta para serem reabastecidos, sendo o recipiente vazio trocado por um cheio (método do "cheio pelo vazio") a intervalos semanais ou quinzenais. Cada enfermaria deve ter uma caixa que pode ser trancada tanto pelo pessoal do armazem/da farmácia como da enfermaria, para transferir suprimentos entre as duas unidades. Devem ser aplicados procedimentos mais restritos de segurança para os antibióticos, para os itens de valor mais elevado no mercado local, e para os narcóticos.

No sistema de stock por enfermaria, o armazem/a farmácia deve preparar uma programação em que indica em que dia deve ocorrer o fornecimento de cada enfermaria ou departamento, e especifica a categoria dos suprimentos. O pessoal das farmácias, centros de distribuição e enfermarias deve decidir junto sobre os tipos e quantidades de medicamentos necessários com base nos dados de uso, e o pessoal do armazem/da farmácia deve monitorar o armazenamento e a manutenção de registos do stock de enfermaria.

**Bandejas de emergência.** Uma selecção de medicamentos e equipamentos para emergências deve ser colocada em enfermarias e ambulatórios. O conteúdo deve ser registado em uma lista e verificado regularmente. Sempre que um artigo ou produto for usado, ele deve ser reabastecido imediatamente. A bandeja de emergência não deve ser usada para os suprimentos de rotina.

A Tabela 6 indica o conteúdo de uma bandeja de emergência em um centro de saúde rural. Este exemplo é de Zimbábue e indica o que poderia ser usado em situações similares.

TABELA 6. Medicamentos para a bandeja de emergência de um posto de saúde

- Ampicilina em pó para injecção, 1 gr (como sal de sódio) em ampola
- Injecção de atropina, 1 mg (sulfato) em ampola de 1ml
- Injecção de gluconato de cálcio, 100 mg/ml em ampola de 10 ml
- Carvão em pó activado para suspensão oral, garrafa de 50 gr
- Cloranfenicol em pó para injecção, 1 gr (succinato de sódio) em frasco
- Injecção de diazepam, ampola de 5 mg/ml (intravenosa ou rectal)
- Injecção de epinefrina/adrenalina, 1 mg (como hidrocloreto ou tartarato de hidrogénio) em ampola de 1 ml
- Injecção de ergomerina, 200µg (maleato de hidrogénio) em ampola de 1 ml
- Injecção de gentamicina, 40 mg (como sulfato)/ml em frasco de 2 ml
- Solução injectável de glicose, 5% em saco de 1 litro
- Solução injectável de glicose, 50%, hipertónica
- Pó de hidrocortisona para injecção, 100 mg (como succinato de sódio), em frasco
- Injecção de fitomenadiona (vitamina K1), 10 mg/ml em ampola de 1 ml (adulto)
- Injecção de prometazina, 25 mg (como hidrocloreto)/ml, em ampola de 2 ml
- Injecção de sulfato de magnésio, 500 mg/ml, em ampola de 10 mls, para uso em eclampsia e pré-eclampsia severa e não para outros distúrbios convulsivos; disponível para parteiras formadas
- Pó de sulfato de magnésio
- Comprimido de nifedipina com ranhura para divisão em doses, 10 mg
- Injecção de quinina, 300 mgs (como dicloridrato)/ml, em ampola de 2 ml
- Injecção de salbutamol, 50 µg (como sulfato)/ml, em ampola de 5 ml
- Lactato de sódio, solução composta injectável, saco de 1 litro

*Fonte:* Ministério da Saúde de Timor Leste, 2004.

## SUPRIMENTO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Os agentes comunitários de saúde (ACS) geralmente têm uma selecção limitada dos artigos usados mais comummente. O sistema de complementação, pelo qual os níveis de stock são verificados e depois repostos a um nível predefinido, podem ser usados para recompor stocks desde que os requisitos sejam menores e o centro de saúde seja abastecido de forma confiável. Um intervalo mensal de abastecimento é geralmente adequado.

## KITS PARA ATENDIMENTO DOMICILIAR

A família é geralmente quem presta cuidados mais prolongados no caso de doenças crónicas tais como SIDA e TB. Os kits de atendimento domiciliar podem ser fornecidos aos ACSs para distribuição aos cuidadores. Os kits devem ser criados para atender a cada doença individual, mas devem conter, no mínimo, os medicamentos essenciais apropriados tais como analgésicos e antidiarreicos, bem como suprimentos tais como luvas, sabão e desinfectante.

Eles devem incluir informações básicas de cuidados escritas nos idiomas locais e usando diagramas e desenhos. Os ACSs devem repor os kits regularmente a partir dos suprimentos existentes nos dispensários e centros de saúde.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

## Boas práticas de dispensação

O objectivo de todos os sistemas de gestão farmacêutica é o de oferecer o medicamento correcto ao utente. Os passos do ciclo de gestão farmacêutica – selecção, compra e distribuição – são essenciais ao uso racional dos medicamentos.

Um componente crítico do uso racional é a dispensação correcta de medicamentos, inclusive o fornecimento aos utentes que necessitam de informações apropriadas sobre seus medicamentos. Portanto, a dispensação correcta é uma parte vital do trabalho diário dos centros de atendimento de saúde básica e dos hospitais distritais.

As boas práticas de dispensação garantem que uma forma eficaz do medicamento correcto seja entregue ao utente certo, na dosagem e quantidade prescritas, acompanhado de instruções claras, e numa embalagem que mantenha a potência do medicamento. A dispensação inclui todas as actividades que ocorrem entre o momento em que a prescrição é dada e os medicamentos são emitidos para o utente.

Um ambiente de trabalho seguro, limpo e organizado é a base essencial das boas práticas. A dispensação deve ser realizada de forma precisa e bem ordenada, com uso disciplinado de procedimentos eficazes. O Apêndice G deste capítulo oferece um guia detalhado dos princípios e procedimentos de dispensação.

## Prescrição e uso racionais dos medicamentos

O objectivo das boas práticas de gestão farmacêutica é o de ter os medicamentos correctos prescritos e usados pelo utente. De acordo com a OMS, "o uso racional dos medicamentos exige que os utentes recebam os medicamentos apropriados às suas necessidades médicas, em doses que atendam aos seus requisitos individuais particulares, por um período adequado de tempo, e ao custo mais económico para eles e suas comunidades". (OMS 1987).

Muitos factores influenciam o uso racional, sendo essencial formular uma política geral de uso racional dos medicamentos e procedimentos detalhados para tratar de cada uma das áreas componentes. No entanto, os seguintes critérios são centrais para qualquer política sobre a prescrição e uso racionais:

- medicamento correcto;
- indicação apropriada: a razão para prescrever o medicamento se baseia em considerações médicas sólidas;
- medicamento apropriado, considerando a eficácia, segurança, adequação ao utente, e custos;
- dosagem, administração e duração apropriadas do tratamento;
- utente apropriado: não existem contra-indicações e a probabilidade de reacções adversas ao medicamento é mínima;
- dispensação correcta, inclusive informações apropriadas aos utentes sobre os medicamentos prescritos;
- adesão do utente ao tratamento.

Mais informações sobre a prescrição e uso racionais podem ser encontradas na secção de Recursos Humanos do documento *MDS-3: Gestão do Acesso a Medicamentos e Suprimentos de Saúde* (MSH 2012).

## Como tratar de produtos expirados, danificados ou obsoletos

Os produtos expirados não devem ser aceitos do fornecedor e devem ser devolvidos imediatamente. Os recursos do centro de saúde não devem ser usados para pagar por esses itens.

Muitas vezes, é impossível evitar a presença de produtos expirados. Por exemplo, alguns itens podem ser mantidos em reserva para atender a emergências, podem ser itens vitais que não são usados regularmente ou fizeram parte do excesso de stock e não foram redistribuídos a outros centros de saúde. Remova imediatamente todo e qualquer produto expirado, danificado ou obsoleto da área de armazenagem e mantenha-os num recipiente ou caixa etiquetados claramente, de forma a advertir os outros para que não usem o conteúdo dos mesmos. Indique que os itens deverão ser destruídos. Esse recipiente ou caixa devem ser guardados numa sala ou compartimento diferente, longe de qualquer stock regular.

Se for viável, essa caixa deve ser enviada de volta ao fornecedor (depósito farmacêutico ou hospital). Se não for viável, os artigos devem ser destruídos no próprio centro.

Os métodos de eliminação são discutidos na próxima secção. Seja qual for o método, a destruição de resíduos farmacêuticos deve ser empreendida por uma equipa supervisionada e não por uma só pessoa. A equipa deve testemunhar a destruição real do produto, ou seja, a sua entrada num incinerador ou seu transporte e descarregamento num aterro ou local de despejo apropriado.

O procedimento deve ser documentado num livro-diário dedicado a esta actividade, onde se registará a seguinte informação:

- data, horário e local da eliminação
- método de eliminação
- lista dos artigos eliminados e as razões para fazê-lo
- valor estimado dos artigos eliminados
- composição da equipa
- nome e assinatura do líder da equipa e uma testemunha

### MÉTODOS DE ELIMINAÇÃO

As seguintes directrizes foram tiradas do documento da OMS, "Directrizes de eliminação segura de produtos farmacêuticos indesejados durante e depois de emergências."

De modo geral, os produtos farmacêuticos expirados não representam uma ameaça muito grave à saúde pública ou ao ambiente. Mas sua disposição incorrecta pode se tornar perigosa, se levar à contaminação das fontes de água ou recursos locais usados por comunidades locais ou pela fauna. *Os medicamentos expirados podem chegar às mãos de catadores de lixo e mesmo crianças, se o aterro sanitário não for protegido contra invasões.* A maioria dos produtos farmacêuticos expirados se torna menos eficaz e alguns podem passar a provocar reacções adversas.

Existem muitos métodos para a eliminação de produtos farmacêuticos. Nesta secção, examinamos os métodos que devem (ou não devem) ser usados nos centros de saúde. Os métodos usados dependem da natureza dos medicamentos e de suas formas farmacêuticas. Esses métodos estão resumidos na tabela do Apêndice E deste capítulo.

**Aterros abertos, não controlados e não construídos.** Um aterro não construído é provavelmente o método mais comum de despejo terrestre de resíduos. O despejo de resíduos não tratados em um aterro aberto, não controlado e não construído não protege

o ambiente local e não deve ser usado, excepto se os produtos forem imobilizados, por exemplo, se forem colocados em caixotes de betão.

Se não for possível imobilizar os resíduos farmacêuticos, o uso de um despejo não construído só deve ser usado em último caso. Os resíduos não tratados devem ser cobertos rapidamente com grandes volumes de lixo municipal para evitar que sejam catados. O despejo em aterros abertos e não controlados, sem isolamento adequado do aquífero ou de outros cursos de água, pode levar à poluição dos mesmos e, nos piores casos, contaminar a água potável.

**Aterro construído.** Um aterro deste tipo incorpora alguns recursos para proteger contra o vazamento de produtos químicos nos aquíferos. O depósito directo de produtos farmacêuticos num aterro construído é a segunda melhor opção.

**Imobilização de resíduos por encapsulamento.** A melhor opção é o despejo de produtos farmacêuticos encapsulados em um aterro construído. O encapsulamento implica na imobilização dos produtos farmacêuticos em um bloco sólido dentro de um recipiente de plástico ou tambor de aço. Os tambores devem ser limpos antes do uso e não devem ter guardado anteriormente nenhum material perigoso. São enchidos em 75% de sua capacidade com produtos farmacêuticos sólidos e semi-sólidos, e o espaço restante é preenchido ao verter cimento, uma mistura de cal e cimento, ou uma mistura betuminosa tal como alcatrão de construção. Os tambores hermeticamente fechados devem ser dispostos na base do aterro e cobertos de lixo sólido recente da cidade.

**Esgotos.** Alguns produtos farmacêuticos líquidos, tais como os xaropes e líquidos intravenosos, podem ser diluídos em água e despejados em esgotos, em pequenas quantidades ao longo do tempo, sem efeitos sérios para a saúde pública ou o ambiente. Os cursos de água de fluxo mais rápido podem também ser usados para carrear pequenas quantidades de produtos farmacêuticos bem diluídos ou anti-sépticos. Em caso de dúvida, consulte a autoridade de saúde ambiental do lugar.

**Queima em recipientes abertos.** Não se deve destruir produtos farmacêuticos por queima a baixas temperaturas em recipientes abertos, porque isso poderá liberar poluentes tóxicos no ar. Papel e papelão de embalagem pode ser queimado, mas o plástico de cloreto de polivinila (PVC) não deve ser queimado. Apesar da queima de resíduos farmacêuticos não ser defendida como método de eliminação dos mesmos, reconhecemos que é utilizada às vezes. Recomendamos enfaticamente que só uma pequena quantidade (menos de 5 kgs) de resíduos farmacêuticos seja eliminada dessa forma.

**Incineração.** Os resíduos farmacêuticos podem ser destruídos em incineradores de alta temperatura. Exige-se uma temperatura mínima de 850°C. Os incineradores hospitalares podem ser usados para este fim, se atenderem aos requisitos de temperatura necessária.

**Eliminação por especialistas.** Cada vez mais, as preocupações ambientais e regulamentações mais rígidas levam à necessidade de utilizar operadores especializados em eliminação de resíduos—especialmente quando há quantidades significativas de medicamentos a destruir. Esses operadores geralmente usam técnicas de reciclagem para os materiais de embalagem e incineração a alta temperatura e totalmente oxidante, com descarga controlada e monitorizada de gases, seguida de encapsulamento das cinzas e despejo em aterros sanitários. Naturalmente, os custos são elevados, mas um dos componentes da gestão de medicamentos é fazer provisões adequadas em termos de custos para a destruição de medicamentos expirados ou deteriorados.

O Apêndice E deste capítulo identifica métodos adequados de eliminação para várias categorias de produtos farmacêuticos. Informações mais detalhadas podem ser encontradas nas Directrizes de eliminação segura de produtos farmacêuticos indesejados durante e depois de emergências (1999), da OMS.

## Formação e melhoria do desempenho do pessoal de suprimentos

Uma gestão farmacêutica eficaz depende das pessoas que realizam o trabalho, como também daquelas que lideram e gerem o mesmo. O pessoal que lida com os medicamentos e produtos de saúde em farmácias/depósitos distritais e centros de saúde públicos e de ONGs exigem formação para adquirirem um conjunto mínimo de habilidades, competências e conhecimento nos seguintes tópicos:

- organização de um depósito e estabelecimento de boas práticas de armazenamento
- gestão de stocks e uso de formulários de controlo de stock, inclusive requisições, registos de stock e prescrições
- recebimento e distribuição de stock
- boas práticas de dispensação
- manuseio de stock expirado e deteriorado
- procedimentos da cadeia de frio, inclusive utilização e manutenção de refrigeradores
- segurança e controlo de roubo
- controlo de pragas

Não há programas padronizados de formação adaptáveis perfeitamente a todos os países e situações, pois diferentes países podem administram a entrega e distribuição de medicamentos e produtos de saúde de formas diferentes. Alguns dos procedimentos descritos neste capítulo podem diferir das práticas do seu país. Algumas das tarefas descritas podem não ser relevantes a algumas situações. Consulte as autoridades nacionais ou locais para obter ajuda no desenvolvimento de um programa de formação adequado à sua situação em particular.

Para desenvolver um programa de formação que atenda aos requisitos locais, faça uma rápida avaliação das necessidades de formação, ao:

- examinar os resultados de avaliações prévias e/ou ao conduzir uma nova avaliação;
- observar o pessoal no exercício de suas obrigações regulares;
- entrevistar o pessoal e outras pessoas;
- examinar as actividades à luz dos procedimentos operacionais padronizados;
- estudar os relatórios de rotina e as avaliações de desempenho, junto às descrições das funções.

Poderá então elaborar um programa de formação para melhorar o desempenho de uma tarefa particular ou conjunto de tarefas, ao levar em consideração as exigências de procedimentos padronizados, o nível educacional do pessoal, e o tempo e recursos disponíveis para a formação. Para a formação no centro de saúde ou distrito, as opções variam normalmente da formação durante o próprio trabalho a até cursos mais rápidos. Também se pode considerar a matrícula de parte do pessoal (por ex., os farmacêuticos) em cursos já existentes de instituições académicas, a depender das circunstâncias locais e das necessidades particulares

QUADRO 13. Programas e Recursos de Formação

**Formação em gestão de suprimentos para os centros de atendimento básico de saúde.** O programa de formação em gestão de suprimento de medicamentos da OMS descreve todas as tarefas principais de gestão de medicamentos e suprimentos em unidades de atendimento de saúde de primeiro nível e constitui um recurso útil para o desenvolvimento de programas de formação.

**Formação em gestão farmacêutica.** O Capítulo 52 do *MDS-3* discute a criação e gestão de programas de formação do pessoal do sistema de suprimento em maior detalhe. Uma série de formação relacionada está disponível através da Management Sciences for Health para uso em programas de formação.

**Formação em logística.** O *Caderno de Logística - Complemento ao Manual de Logística* do Projecto USAID/DELIVER contém uma série de exercícios de aprendizagem à distância que podem ser executados ao ritmo de cada pessoa e usados como método de desenvolvimento pessoal.

O caderno deve ser usado em conjunto com o *Manual de Logística: Guia Prático para Gestores da Cadeia de Fornecimento nos Programas de Saúde e Planeamento Familiar.*

Um desafio para a formação do pessoal do escalão inferior é que eles podem não ter fluência suficiente no idioma oficial nacional para se beneficiar de um curso conduzido inteiramente nesse idioma. Para resolver esse problema no Senegal, onde muitos armazenistas que trabalham no nível do centro de saúde só falam seus idiomas locais, o Projecto DELIVER criou uma série de auxílios visuais culturalmente sensíveis para a formação em suprimento. Conceitos essenciais de logística, tais como o consumo médio mensal e os meses de stock disponível, foram ilustrados usando cabaças para representar as quantidades, e luas crescentes para representar o tempo. Os materiais não só comunicaram conceitos avançados de logística aos armazenistas com conhecimento limitado do francês, mas também melhoraram a supervisão ao esclarecer muitas das tarefas dos armazenistas.

das pessoas envolvidas. Mas, em geral, essas matrículas não se justificariam para o pessoal distrital e dos centros de saúde.

De qualquer forma, utilize as práticas de **exploração** e **focalização**: compare as opções de que dispõe às necessidades operacionais imediatas do sistema de fornecimento de medicamentos. Em seguida, **planeie**, **organize**, **implemente e avalie** a formação, certificando-se de que a gestão das unidades de saúde e farmácias/depósitos não fique comprometida porque parte do pessoal se ausentou para participar de cursos de formação. O Quadro 13 resume alguns programas e recursos de formação para a sua consideração.

A melhoria do desempenho vai além da formação prévia à entrada no serviço e passa a incluir a formação durante o próprio trabalho, a resolução de problemas em equipa, e a supervisão colaborativa. Como gestor, deve introduzir os procedimentos padronizados de gestão ao seu pessoal e oferecer mais oportunidades, por exemplo durante as reuniões regulares de educação contínua sobre tópicos específicos. Sempre que possível, todo o pessoal do centro deve fazer uma rotação pela farmácia e dispensário para aprender esses procedimentos, de forma que os suprimentos sejam administrados correctamente.

A Lista de Verificação de Condições Físicas, que se encontra no Apêndice A deste capítulo, oferece um ponto de partida para estabelecer programas de formação e para adoptar uma abordagem de equipa ao introduzir melhorias.

Monitore os trabalhadores de saúde que já receberam formação, ao fazer visitas estruturadas de supervisão para garantir que as técnicas de boa gestão farmacêutica estão a ser implementadas correctamente. Essas visitas são oportunidades para os trabalhadores de saúde receberem o apoio necessário para continuar a melhorar a gestão do fornecimento.

## Supervisão da gestão do fornecimento

Esta secção destina-se às pessoas que supervisionam o pessoal responsável por administrar os medicamentos e produtos de saúde essenciais. Além disso, o pessoal de logística pode usar esta secção para avaliar informalmente seu sistema de logística.

Uma fonte útil é o *Guia de Bolso da Gestão de Suprimentos Contraceptivos.* O Módulo 6 de *Gestão de Medicamentos de TB no Nível Primário* também traz orientação útil sobre a supervisão e auto monitoria ao nível de atendimento básico de saúde. Apesar dos indicadores sugeridos estarem mais associados à gestão dos medicamentos de TB, a maioria deles pode ser facilmente adaptada para a gestão de medicamentos em geral.

### PRINCÍPIOS DA SUPERVISÃO

Uma boa supervisão é essencial para um sistema de fornecimento bem administrado. O trabalho básico de um supervisor é o de orientar e apoiar o pessoal para que possa desempenhar bem as suas tarefas. O supervisor deve se certificar de que o pessoal tenha o conhecimento, as habilidades, a motivação e o suporte para executar suas actividades de gestão do fornecimento. Isto pode significar a formação durante o próprio trabalho e oferecer retroinformação, se o desempenho de um funcionário precisar de melhorias. É tão importante o supervisor observar e comentar sobre os aspectos que estão a ser bem geridos, como é ajudar a resolver problemas.

As tarefas do supervisor são:

- elogiar e reafirmar quando o trabalho é bem executado;
- apoiar os funcionários e ajudá-los a adquirir o que precisam para fazer bem o seu trabalho;
- trabalhar com o pessoal para resolver problemas;
- identificar as necessidades de formação do pessoal;
- dar formação ao pessoal nas habilidades necessárias ou organizar essa formação;
- dar seguimento à resolução de problemas e solicitações;
- motivar o pessoal e lembrar os princípios e metas do sistema de fornecimento em saúde;
- certificar-se de que as directrizes e procedimentos de suprimento já estabelecidos sejam conhecidos e seguidos.

A supervisão gera oportunidades para usar as práticas de liderança descritas no Capítulo 2 deste manual. Por exemplo, **explorar** os pontos fortes e as áreas a melhorar; **focalizar** os problemas de mais alta prioridade; **alinhar** e **mobilizar** o pessoal para tratar dos problemas; e **inspirar** o pessoal para que o sistema funcione de forma eficaz e os utentes recebam os medicamentos de que necessitam. Veja o Capítulo 6 deste manual para obter mais detalhes de como gerir o desempenho.

### REALIZAÇÃO DE UMA VISITA DE SUPERVISÃO

Quando um supervisor visita um depósito médico ou centro de saúde de nível distrital, as funções básicas de fornecimento, que são a gestão e o armazenamento de stocks, devem ser examinadas. O supervisor pode usar todas ou algumas das perguntas que aparecem nas listas de verificação sobre gestão de stock e gestão de armazenamento para verificar se o sistema de fornecimento está a funcionar correctamente. Toda resposta "Não" é uma indicação de que há um problema a ser resolvido.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

## LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA A GESTÃO DO STOCK

Examine uma amostra dos registos e conduza entrevistas informais e observações para responder às seguintes perguntas.

### Manutenção de registos

- Os registos de stock estão actualizados? Verifique os cartões de stock para ver qual a data mais recente em que foram usados.
- Os registos de stock são precisos? Correspondem ao que se encontra nas prateleiras?
- Os cálculos aritméticos foram feitos correctamente?
- São mantidos registos completos das quantidades de medicamentos e suprimentos fornecidos aos utentes?
- De modo geral, as quantidades calculadas nos cartões de stock correspondem com as quantidades do stock físico?

### Níveis de stock

- Os níveis de stock mínimo e/ou máximo foram calculados para cada artigo?
- O consumo médio mensal foi calculado de forma precisa, recentemente?
- O armazem/a farmácia/depósito conseguiu evitar a falta de stock?

### Garantia de qualidade

- Existe um sistema de verificações de qualidade para garantir que todos os medicamentos podem ser usados pelos utentes (ou seja, que não expiraram ou se deterioraram)?
- Os medicamentos e suprimentos são verificados quanto à sua qualidade imediatamente após a chegada e antes de serem distribuídos aos utentes?
- Todos os problemas relatados são documentados?
- Todos os problemas documentados são relatados?

### Inventário físico

- É realizado um inventário físico todos os anos? (Em centros menores, deve ser feito com maior frequência, por exemplo, a cada um ou dois meses.)

### Pedidos

- Se o centro fizer os pedidos directamente, os pedidos são enviados com antecedência suficiente para manter os níveis de stock previamente acordados?
- As quantidades a pedir são calculadas correctamente?
- Foi realizada uma análise ABC e/ou VEN?

### Relatórios

- Os relatórios são apresentados em tempo hábil?
- Algum relatório deixou de ser apresentado nos últimos seis meses?
- Os relatórios são preenchidos correctamente?
- As informações dos relatórios estão correctas?

### Eliminação

- É feito um inventário anual dos medicamentos e suprimentos expirados ou danificados ou dos medicamentos que não são mais utilizáveis, mantidos separadamente?

- Os produtos danificados ou expirados foram removidos e eliminados de acordo com as directrizes governamentais?

### Materiais

- Existe um manual actualizado de suprimento à disposição do pessoal?
- Existe um fornecimento adequado dos formulários correctos para registar a movimentação do stock, apresentar relatórios, e enviar pedidos?

Se a resposta a qualquer uma dessas perguntas for "Não", a situação precisa ser corrigida.

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE ARMAZENAMENTO

### Suprimentos armazenados correctamente

- As caixas de produtos estão empilhadas a uma altura máxima de 2,5 metros?
- As pilhas de caixas estão afastadas do piso (sobre engradados ou em prateleiras)?
- As pilhas de caixas estão afastadas da parede?
- Foi deixado espaço suficiente (pelo menos 30 cms) entre as pilhas?

### Organização

- Os produtos usados com maior frequência foram armazenados em local de fácil acesso?
- Os produtos não utilizáveis foram guardados separados dos utilizáveis?

### Prevenção da expiração

- As caixas estão marcadas claramente com as datas de expiração?
- As caixas foram arrumadas segundo o sistema PVPS (primeiro a vencer, primeiro a sair)? (Os produtos que vencerão primeiro são mantidos à frente ou num local mais prontamente acessível?)

### Temperatura

- A temperatura da área de armazenamento é inferior a 35°C?

### Ventilação

- Há ventiladores ou um sistema de ventilação para circular o ar por toda a área de armazenamento durante épocas de muito calor?

### Controlo da humidade

- Os pisos e as paredes se apresentam secos?
- Não existe vazamento no tecto, janelas e portas?

### Local de trabalho

- Há espaço suficiente de armazenamento para todos os produtos necessários?
- A área de armazenamento é grande o suficiente para distribuir, receber e verificar os suprimentos?

### Iluminação

- Há iluminação suficiente para ler facilmente as marcas de identificação dos produtos?

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

- Os medicamentos estão protegidos da luz directa do sol e de luzes fluorescentes?

### Limpeza

- A área de armazenamento encontra-se limpa, arrumada e sem pó?

### Ordem

- Na área de armazenamento de produtos médicos, são guardados só medicamentos e outros suprimentos médicos?
- Os produtos inflamáveis e corrosivos estão guardados de forma correcta (ou seja, separados de outros produtos, afastados uns dos outros, e armazenados de forma segura)?

### Pragas

- As áreas de armazenamento não apresentam sinais ou marcas de animais pestilentos e roedores (insectos vivos ou mortos, ovos de insectos, caixas com marcas de roedura ou perfuração)?

### Segurança e protecção

- Há um sistema de segurança que limita o acesso à área de armazenamento?
- Se a área de armazenamento tiver portas e janelas, estas estão seguras?
- Existem extintores de incêndio prontamente utilizáveis e em boas condições de funcionamento?

### Acesso

- A pessoa autorizada, que tem o uso da chave do local, está disponível durante todo o horário de serviço, para que o pessoal da clínica possa sempre obter os suprimentos quando deles precisarem?

Se a resposta a qualquer uma dessas perguntas for "Não", a situação precisa ser corrigida.

Sua função como gestor e supervisor de suprimento é:

- buscar as informações necessárias para identificar as causas dos problemas;
- analisar as informações;
- decidir que decisões precisam ser tomadas, em consulta com o pessoal;
- cooperar com o pessoal do centro/depósito e fornecer retroinformação sobre os pontos fortes e fracos das práticas e condições de armazenamento, e desenvolver soluções em conjunto para as áreas que necessitam de melhorias.

Se constatar algum problema em uma visita e cooperar com o pessoal para identificar uma solução, deverá verificar essa situação novamente na sua próxima visita para ver se está tudo a se passar conforme esperado, ou se mais assistência se faz necessária. Além de fazer as perguntas acima, o supervisor deve considerar as seguintes situações:

- Houve alguma mudança recente na demanda? Examine as tendências do consumo médio mensal.
- Houve escassez ou falta de produto? Se houve, identifique a causa.
- Houve algum problema para obter suprimentos, tais como atrasos e envio de quantidades insuficientes?

- Qual é a taxa de perda de produtos básicos no sistema (devido à data de expiração, danos, desaparecimento, etc.)? Essa taxa é alta a ponto de constituir um problema?
- Quais foram todas as actividades de gestão do fornecimento que foram bem administradas ultimamente?

## Práticas comprovadas

- A gestão bem feita do fornecimento nos níveis distrital e subdistrital exige uma estrutura nacional, pois geralmente ela representa até 30% do orçamento de saúde. Os líderes e gestores de nível superior do sistema nacional de saúde devem demonstrar que reconhecem a importância da gestão eficaz do fornecimento.

- O reconhecimento do valor da gestão eficaz do fornecimento deve vir acompanhado de uma dedicação de recursos a essa gestão à altura de sua importância para o funcionamento dos serviços de saúde.

- Os sistemas de sucesso na gestão do stock exibem as seguintes características:
  - Há regras escritas, amplamente entendidas e aceitas, para determinar as quantidades dos pedidos.
  - Essas regras são sempre aplicadas.
  - São mantidos registos básicos que documentam todas as transacções do stock de produtos essenciais no momento em que essas transacções ocorrem, e esses registos são precisos e estão actualizados.

- As verificações regulares do stock físico fazem parte das actividades rotineiras de gestão do fornecimento. Nos depósitos menores, essas verificações são feitas mensalmente. Todas as discrepâncias são investigadas e reconciliadas.

- O depósito apresenta-se seguro, em boa condição, limpo e bem organizado. Num hospital ou centro de saúde, o depósito é separado do dispensário.

- As boas práticas de armazenamento são sempre seguidas, de forma a manter a qualidade dos produtos e facilitar a boa gestão. Elas incluem:
  - Os produtos são armazenados em suas embalagens originais.
  - São seguidas as instruções do rótulo quanto às condições de armazenamento.
  - Os líquidos são colocados nas prateleiras mais baixas ou na parte inferior de caixas empilhadas.
  - Os produtos que exigem armazenamento a frio são armazenados em zonas com controlo apropriado de temperatura.
  - Os produtos de alta segurança e alto valor são guardados em zonas apropriadas de segurança.
  - Os produtos expirados ou deteriorados são imediatamente separados do stock utilizável e eliminados pelo uso de procedimentos formais de despejo ou eliminação.
  - Todos os produtos básicos são guardados de forma a facilitar o uso de um sistema PVPS para a gestão do stock.
  - As caixas são arranjadas de forma que as setas apontem para cima e os rótulos de identificação, as datas de validade e as datas de manufactura estejam visíveis.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

- As boas práticas de dispensação ajudam a garantir que os medicamentos certos são entregues aos utentes certos, na formulação, dosagem e quantidade prescritas, com instruções claras, e numa embalagem que preserve a potência do medicamento. E não só o utente é tratado correctamente, mas as boas práticas de dispensação reduzem a probabilidade de desenvolver resistência a um medicamento.

## Glossário de termos de gestão do fornecimento

**análise ABC:** Método de categorização de produtos farmacêuticos, de acordo com o seu uso anual, nas classes A, B, e C. Os produtos da Classe A representam de 10% a 20% de todos os itens do stock, mas 75% a 80% do valor total dos produtos farmacêuticos fornecidos. A Classe B representa taxas intermediárias de uso, enquanto que a Classe C contêm a grande maioria dos produtos, mas é responsável por somente 5% a 10% do valor. A análise ABC é usada para identificar os produtos da Classe A, que devem ter prioridade em termos de gestão de stock. Também chamada de análise de Pareto.

**antineoplásicos:** Produtos farmacêuticos usados em quimioterapia para controlar ou eliminar células cancerosas. Todos eles têm efeitos adversos desagradáveis que incluem náusea, vómito, perda de cabelo, e supressão da função da medula óssea.

**cadeia de frio:** Um sistema totalmente integrado para manter os produtos a uma temperatura controlada, o que exige frigoríficos e arcas congeladoras, caixas frias, e outros aparelhos. É usado especialmente para as vacinas e outros produtos e exige controlo da temperatura desde o ponto de manufactura até o ponto de administração.

**cartão de recipiente:** Registo de stock que documenta os recebimentos, emissões e saldos de um único produto em uma única farmácia/depósito ou prateleira. Esse cartão é mantido na prateleira ou engradado com o item.

**cartão de stock:** Cartão individual de controlo do stock, que contém informações sobre a quantidade completa do stock de um produto.

**classificação VEN:** Sistema de priorização de produtos farmacêuticos e da quantidade a ter em stock, de acordo com sua importância terapêutica. A análise dos produtos em uso divide ou produtos farmacêuticos nas categorias de Vitais, Essenciais e Não Essenciais.

**consumo:** Frequência com a qual os itens são emitidos para os utentes. Também conhecido como demanda.

**consumo médio mensal:** Quantidade média emitida para os utentes a cada mês, durante um certo período de tempo, normalmente não mais do que 12 meses. É calculada dividindo-se o consumo total durante um dado período pelo número de meses cobertos pelo período de consumo, levando-se em conta o tempo durante o qual houve falta de stock. Essa informação é vital para determinar precisamente a quantidade a pedir.

**corrosiva:** Característica de uma substância que pode destruir ou danificar irreversivelmente uma outra substância com a qual ela entre em contacto. Os principais perigos para os seres humanos são ferimentos nos olhos, pele e tecidos sob a pele, mas a inalação ou ingestão de uma substância corrosiva pode danificar as vias respiratórias e gastrointestinais. A exposição resulta em queimaduras químicas.

**custo de manter o stock:** Custo de manter o stock armazenado. Também conhecido como custo de retenção.

**data de expiração:** Data que aparece no produto farmacêutico, definida pelo fabricante, após a qual o fabricante não mais garante a qualidade e eficácia do produto.

**desperdício:** Quantidade de produtos removidos do stock por qualquer outra razão que não seja o consumo pelos utentes (por exemplo, perdas, expiração e deterioração). Ver também perdas.

**dispensar:** Preparar e distribuir a um utente uma série de tratamento, com base numa prescrição.

**encapsulamento de resíduos:** Tratamento de resíduos perigosos através de sua colocação em um recipiente fechado e tampado.

**falta de stock:** É quando não se tem stock disponível para fornecer à parte solicitante.

**farmácias/depósitos centrais:** Um local nacional para receber, armazenar e distribuir materiais médicos. Também conhecidos como farmácias/depósitos médicos centrais.

**formulário:** Lista de produtos farmacêuticos de uso aprovado numa situação específica de atendimento de saúde.

**inertização de resíduos:** Método para tratar o material residual perigoso que foi contaminado com metais pesados, de forma a neutralizá-lo e torná-lo inerte.

**inflamável:** Característica de uma substancia que se queima facilmente, o que pode provocar um incêndio ou combustão.

**inventário:** Soma de todos os itens do stock.

**inventário físico:** Processo de contar manualmente o número total de unidades de cada produto básico em um farmácia ou centro de saúde.

**medicamentos essenciais:** Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população. São seleccionados tendo em vista sua relevância para a saúde pública, evidência de eficácia e segurança, e custo-benefício comparativo. Nos sistemas de saúde que funcionam, os medicamentos essenciais devem estar disponíveis em todos os momentos, nas formas apropriadas de dosagem, com a qualidade garantida e as informações adequadas, e a um preço económico para os indivíduos e a comunidade. A implementação do conceito de medicamentos essenciais tem a intenção de ser flexível e adaptável a muitas situações diferentes. A determinação de que medicamentos são considerados essenciais é uma responsabilidade nacional.

**perdas:** A quantidade de produtos removidos do stock por qualquer outra razão que não seja seu consumo pelos utentes (por exemplo, porque os produtos expiraram ou se deterioraram).

**prazo de entrega:** Tempo transcorrido entre o momento em que o novo stock é pedido e o momento em que é recebido e está disponível para ser usado.

**previsão:** Função da gestão que estima as quantidades de produtos que um programa dispensará aos utentes por um período específico de tempo no futuro.

**primeiro a entrar, primeiro a sair (PEPS):** Método de gestão do stock em que os primeiros produtos recebidos serão os primeiros produtos a serem emitidos.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

**primeiro a vencer, primeiro a sair (PVPS):** Método de gestão de stock em que produtos cujas datas de validade (expiração) ocorrerem primeiro, serão os primeiros a serem emitidos, seja qual for a ordem em que forem recebidos.

**produtos farmacêuticos genéricos:** Produtos comercializados por qualquer fabricantes sob nomes não proprietários ou aprovados.

**produtos farmacêuticos imobilizados:** Materiais farmacêuticos encerrados num material inerte, tal como o betão, para fins de sua eliminação.

**produtos farmacêuticos não imobilizados:** Materiais farmacêuticos que não foram encerrados em material inerte, tal como o betão, para fins de sua eliminação.

**quantidade do pedido:** Quantidade de stock a ser pedido, por meio de uma requisição ou pedido de compra, de um fornecedor ou outro órgão de fornecimento.

**quantificação:** Sistema para calcular as quantidades dos pedido e as exigências de orçamento.

**registos de stock:** Termo genérico para todos os tipos de registos, inclusive cartões de recipientes, cartões de stock, livros razão de stock, e ficheiros de computador que fornecem informações básicas essenciais para a gestão do stock. Usado para registar todas as transacções feitas com cada item, inclusive recibos, emissões, saldos de stock, e perdas de stock.

**sistema rotativo:** Uma forma de controlo periódico do stock, segundo o qual os stocks são repostos a um nível predeterminado. Não são mantidos registos contínuos de movimentação do stock. O único documento de controlo do stock é uma planilha pré-impressa que mostra cada artigo, sua descrição, a unidade de emissão, e o nível rotativo. Normalmente, o sistema rotativo só é usado em sistemas menores, por exemplo, numa ala ou enfermaria particular do hospital.

**situação do stock:** Número de semanas ou meses que os stocks existentes durarão, às taxas de consumo actuais ou previstas. É normalmente calculado ao dividir o stock à mão pelo consumo médio mensal.

**stock:** Produtos armazenados em um depósito ou no centro de saúde para uso futuro.

**stock máximo:** Nível além do qual o stock não deve ultrapassar, dentro das condições normais.

**stock de segurança:** Stock de tampão, segurança ou reserva mantido à mão para proteger contra faltas de stock provocadas por entregas atrasadas ou demanda marcadamente mais elevada.

**uso farmacêutico:** Processo de diagnóstico, prescrição, rotulação, embalagem e dispensação, além da adesão ao tratamento farmacêutico.

## Referências e recursos

Centers for Disease Control and Prevention, e John Snow, Inc. *The Pocket Guide to Managing Contraceptive Supplies.* Arlington, VA: CDC/JSI Family Planning Logistics Management, 2000, http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/PockGuidManaCont.pdf (acessado Dez. 24, 2009).

DELIVER Project. *The Logistics Workbook—A Companion to the Logistics Handbook.* Arlington, VA: Projeto DELIVER para a Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional, 2000, http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/LogiWork.pdf (acessado Dez. 24, 2009).

Family Planning Logistics Management/John Snow, Inc. 2000. *Programs That Deliver: Logistics' Contributions to Better Health in Developing Countries.* Publicado pela Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Arlington, VA: Family Planning Logistics Management/John Snow, Inc.

Gray, Andy. "Using Stock Cards to Improve Drug Management." Durban, South Africa: Health Systems Trust, Initiative for Sub-District Support, 1998, http://www.hst.org.za/uploads/files/kwiksk13.pdf (acessado Dez. 24, 2009).

John Snow, Inc./DELIVER. *Guidelines for Warehousing Health Commodities.* Arlington, VA: John Snow, Inc./Projeto DELIVER para a Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional, 2005, http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/GuidWareHealComm.pdf (acessado Dez. 24, 2009).

John Snow, Inc./DELIVER em colaboração com a Organização Mundial da Saúde. *Guidelines for the Storage of Essential Medicines and Other Health Commodities.* Arlington, VA: John Snow, Inc./Projeto DELIVER para a Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional, 2003, http://www.who.int/3by5/en/storage_pocketguide.pdf (acessado Dez. 24, 2009).

Management Sciences for Health. "Improving Contraceptive Supply Management." *The Family Planning Manager* (Boston) vol. 1, no. 4, 1992, http://erc.msh.org/TheManager/English/V1_N4_En_Issue.pdf (acessado Dez. 24, 2009).

————. *IMAT*: *Inventory Management Assessment Tool.* Cambridge, MA: MSH, 1997. http://erc.msh.org/toolkit/Tool.cfm?lang=1&CID=2&TID=151 (acessado Dez. 24, 2009).

————. "Managing Drug Supply for Health Institutions." Elaborado para a Província de Eastern Cape (República da África do Sul) através de um Projeto de Equidade financiado pela USAID, Boston: Management Sciences for Health, 2000.

Optimize | PATH and World Health Organization. "Landscape Analysis: Analysis of EVSM Indicators." Ferney Voltaire, France: Optimize, 2008, http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/EVSM_Indicators.pdf (acessado Dez. 24, 2009). *Nota:* EVSM refere-se à ferramenta de avaliação para a gestão eficaz dos depósitos de vacina.

————. "Landscape Analysis: Cool Chain Technologies." Ferney Voltaire, France: Optimize, Junho 2008, http://www.who.int/ immunization_delivery/systems_policy/Cool _Chain_Technologies.pdf (acessado Dez. 24, 2009).

————. "Landscape Analysis: Analysis of VMAT Indicators." Ferney Voltaire, France: Optimize, October 2008, http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/VMAT_Indicators.pdf (acessado Dez. 24, 2009). *Nota:* VMAT refere-se à ferramenta de avaliação da gestão de vacinas.

Organização Mundial da Saúde. *The Rational Use of Drugs: Report of the Conference of Experts (1985: Nairobi, Kenya).* Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1987.

————. *Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies.* Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1999, http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/unwantpharm.pdf.

————. *Handbook of Supply Management at First-Level Health Care Facilities* versão para adaptação a cada país. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2006, http://www.who.int/medicinedocs/index/assoc/s14137e/s14137e.pdf.

————. *Procurement & Supply Management (PSM) Toolbox.* GenGenebra: Organização Mundial da Saúde, 2009, http://www.psmtoolbox.org/en/index.php (acessado Dez. 24, 2009). Desenvolvida pelo Serviço de Diagnóstico e Medicamentos de SIDA da OMS e suas organizações parceiras – inclusive a MSH – a Ferramenta PSM (Gestão de Compras e Suprimentos) é um recursos baseado na Web para os produtos básicos de saúde relacionados ao VIH. O website da caixa de ferramentas conta com um dispositivo de busca de uso facilitado, conteúdo actualizado regularmente, um fórum para dividire as experiências de uso da ferramenta, além dos destaques semanais da ferramenta e notícias relacionadas. Para os utilizadores com uma conexão limitada ou sem conexão com a Internet, existe uma versão offline da Ferramenta PSM em CD-ROM, sem custo adicional. Actualmente, a maior parte do conteúdo se concentra em VIH e SIDA, mas está em andamento a inclusão também de TB e malária.

Organização Mundial da Saúde e Optimize. "2009–2012 Optimize Strategy." 2009, http://www.who.int/immunization/programmes_systems/supply_chain/optimize/Optimize_Strategy_EN.pdf?ua=1 (acessado Março 7, 2014).

————. "Optimize: Rethinking the Vaccine Supply Chain." Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2009, http://www.who.int/immunization/programmes_systems/supply_chain/resources/tools/en/ (acessado Março 7, 2014).Rational Pharmaceutical Management Plus. *Managing TB Medicines at the Primary Level.* Apresentado à Agência dos EUA para o Desenvolvimento pelo Programa de Gestão Farmacêutica Racional (Rational Pharmaceutical Management Plus Program), Arlington, VA: Management Sciences for Health, 2007, http://erc.msh.org/toolkit/toolkitfiles/file/TB-Primary-Level-Guide-April-2008_final-English.pdf (versão em inglês); http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADN078.pdf (versão em francês) (both accessed ambos acessados Março 14, 2014).

USAID | DELIVER Project, Task Order 1. *The Logistics Handbook: A Practical Guide for Supply Chain Managers in Family Planning and Health Programs*. Arlington, VA: Projeto DELIVER para a Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional, 2011, http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/LogiHand.pdf (acessado Dez. 24, 2009).

# Apêndices

**Apêndice A.** Lista de Verificação de Condições Físicas

**Apêndice B.** Lista de Verificação de Procedimentos de Armazenamento

**Apêndice C.** Lista de Verificação para o Recebimento de Suprimentos

**Apêndice D.** Listas de Verificação para Manter Boas Condições de Armazenamento

**Apêndice E.** Controlo de Diferentes Tipos de Resíduos

**Apêndice F.** Listas de Verificação para a Gestão e Controlo de Stocks

**Apêndice G.** Lista de Verificação das Boas Práticas de Dispensação

## APÊNDICE A. Lista de Verificação de Condições Físicas

Como é seu armazem/sua farmácia em comparação com os modelos de farmácias bem administradas? Responda SIM ou NÃO às seguintes perguntas. Se a resposta for "Não", isto indica uma área que precisa de melhoria.

1. O armazém/farmácia é separada do dispensário; os medicamentos não são dispensados aos utentes directamente do armazem/da farmácia.
2. O armazém/a farmácia é grande o suficiente para receber todo tipo de suprimentos.
3. A porta do armazem/da farmácia tem duas trancas; cada uma tem uma chave diferente.
4. O armazém/farmácia é mantida trancada todo o tempo em que não estiver a ser usada.
5. A estrutura do armazem/da farmácia está em boa condição; não há rachaduras, orifícios ou sinais de danos provocados pela presença de água.
6. Há um tecto no armazem/na farmácia e esse tecto está em boa condição.
7. O armazém/a farmácia conta com uma boa circulação de ar; os ventiladores e telas estão em boa condição.
8. As janelas estão pintadas de branco ou têm cortinas; as janelas são seguras e têm grades.
9. Não há presença de pragas no armazem/na farmácia; não há sinais de infestação de pragas.
10. O armazém/farmácia está bem arrumada; as prateleiras não estão cobertas de pó, o chão foi varrido, as paredes apresentam-se limpas.
11. Os suprimentos são armazenados de forma organizada nas prateleiras ou em caixas.
12. As prateleiras e caixas estão afastadas do solo, colocadas sobre paletes ou pranchas ou tijolos.
13. O frigorífico está em boa condição de funcionamento e o pessoal não guarda sua própria comida no frigorífico.

## APÊNDICE B. Lista de Verificação de Procedimentos de Armazenamento

Até que ponto seu armazem/sua farmácia é bem ou mal organizada? Responda SIM ou NÃO às seguintes perguntas. Se a resposta for "Não", isto indica uma área que precisa de melhoria.

1. Os suprimentos são organizados em grupos nas prateleiras: externos, internos e injectáveis.
2. Os comprimidos, cápsulas e outros medicamentos secos (tais como os pacotes de sais de reidratação oral) são guardados em recipientes hermeticamente fechados nas prateleiras superiores.
3. Os líquidos, unguentos e injectáveis são armazenados nas prateleiras médias.
4. Os suprimentos tais como artigos cirúrgicos, preservativos e rótulos são armazenados nas prateleiras inferiores.
5. Os artigos da cadeia de frio são guardados no frigorífico.
6. As substâncias controladas são mantidas separadas num espaço de armazenamento com tranca dupla.
7. Os suprimentos são arrumados nas prateleiras em ordem alfabética e por nome genérico.
8. Os itens são agrupados em quantidades fáceis de contar.
9. Não há artigos expirados no armazem/na farmácia.
10. Os artigos que expirarão primeiro são postos em frente daqueles que expirarão mais tarde.
11. Se os itens têm a mesma data de expiração, os recebidos por último são postos atrás dos que já se encontravam nas prateleiras.
12. Os suprimentos sem data de expiração ou manufactura são armazenados na ordem recebida (PEPS).
13. Os suprimentos sem data de expiração, mas com data de manufactura, são postos de forma que aqueles com datas posteriores ficam atrás daqueles com datas mais recentes.
14. Não há nenhum item de má qualidade nas prateleiras, tais como medicamentos expirados ou frascos quebrados.
15. Nas prateleiras, não há itens com excesso de stock ou itens que não são mais usados.
16. Há um registo de remoção dos artigos; o registo inclui a data, horário, a testemunha e a forma de remoção.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## APÊNDICE C. Lista de Verificação para o Recebimento de Suprimentos

Como os suprimentos são recebidos em seu depósito? Responda SIM ou NÃO às seguintes perguntas. Se a resposta for "Não", isto indica uma área que precisa de melhoria.

1. Um trabalhador de saúde recebe as entregas pessoalmente.
2. O trabalhador de saúde verifica a parte externa das caixas para garantir que não haja nenhum dano no momento da entrega.
3. O trabalhador de saúde prepara um registo escrito das entregas.
4. O encarregado da entrega assina o formulário antes de sair do centro de saúde onde fez a entrega.
5. O trabalhador de saúde verifica os suprimentos recebidos, ao compará-los com os itens listados no formulário de requisição que deu origem à entrega.
6. O trabalhador de saúde verifica as datas de expiração de todos os itens.
7. O trabalhador de saúde verifica se há itens de baixa qualidade, tais como:
   - itens refrigerados embalados incorrectamente;
   - medicamentos e vacinas descoloridos;
   - recipientes danificados e suprimentos deteriorados devido a vazamentos;
   - itens não devidamente selados e não rotulados.
8. Se houver suspeita de deterioração, o trabalhador de saúde verifica a presença de:
   - cheiros estranhos dos comprimidos e cápsulas;
   - comprimidos e cápsulas danificados;
   - injectáveis com pequenas partículas que reflectem a luz.
9. O trabalhador de saúde não aceita itens expirados ou de baixa qualidade.
10. O trabalhador de saúde documenta todas as discrepâncias.
11. O trabalhador de saúde armazena os suprimentos; a movimentação de cada item é registada no seu cartão de stock.

# APÊNDICE D. Listas de Verificação para Manter Boas Condições de Armazenamento

Para manter boas condições de armazenamento, deve-se seguir os seguintes passos.

- Inspeccione com frequência a estrutura física do armazem/da farmácia.
- Repare quaisquer danos observados no tecto, paredes, portas, janelas e piso.
- Controle a temperatura no armazem/na farmácia, na medida do possível. Instale um ventilador de tecto, se possível.
- Instale uma boa ventilação que permita a saída do ar quente. Instale saídas de ar nas paredes ou tecto.
- Procure ver se os frigoríficos, quando colocados no mesmo compartimento, geram calor adicional e elevam a temperatura desse compartimento. Se tiver um ventilador, use-o. Mantenha-o em boas condições de funcionamento. Se seu depósito for pequeno e os frigoríficos elevarem a temperatura, transfira-os para outro sítio e ponha trancas de segurança em suas portas.
- Controle a iluminação do armazem/da farmácia. Se a luz do sol entrar directamente pelas janelas, bloquei-a. Pinte as janelas de branco ou instale cortinas.
- Evite danos provocados pela água e controle a humidade. Verifique se a drenagem funciona correctamente. Deve haver canais de drenagem em torno do seu depósito. O telhado deve ter calhas. Repare os vazamentos assim que ocorrerem para reduzir a humidade e os danos provocados pela água.
- Os recipientes de comprimidos e cápsulas podem ser embalados com um saquinho de dessecante (cristais não comestíveis para secagem). O dessecante mantém seco o interior do recipiente. Não abra o saquinho. Mantenha-o no recipiente. Mantenha o recipiente fechado, excepto se estiver a dispensar os medicamentos.
- Mantenha o armazém/a farmácia sem a presença de pragas, tais como ratos, baratas, formigas e vespas. Os itens derramados podem atrair pragas. Limpe os derrames e remova imediatamente os recipientes quebrados. Use redes mosquiteiras nas janelas para impedir a entrada de insectos.
- Limpe o armazém/a farmácia e a mantenha organizada. Limpe imediatamente os derrames e vazamentos. Mantenha o pó ao menor nível possível, pois poderá contaminar os suprimentos e tornar os rótulos difíceis de ler. Passe um esfregão no chão, retire o pó das prateleiras e limpe as paredes regularmente.
- Guarde os suprimentos nas prateleiras. Se não houver prateleiras na sua farmácia ou depósito, instale prateleiras temporárias. Use caixas, pilhas de tijolos, pranchas ou paletes/engradados. Não coloque as caixas directamente no piso, que pode estar ou se tornar húmido. A humidade poderá apodrecer o papelão ou a madeira.
- As caixas e pranchas devem ser vistas como medidas temporárias, enquanto se espera a instalação de prateleiras mais adequadas. O ar deve poder circular em torno das caixas, que devem ser guardadas com espaço suficiente entre elas e a parede e o piso.

## LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA A PREVENÇÃO DE PRAGAS

### Dentro do local de armazenamento

- Forneça casas de banho adequadas para o pessoal.
- Designe uma área para as refeições, de preferência fora do armazem/farmácia principal; se for necessário que seja dentro do armazem/farmácia, que seja feita sempre uma limpeza rigorosa.

- Não permita que as pessoas comam fora da área designada.
- Não armazene ou deixe alimentos na área de armazenamento.
- Planeje ou modifique o armazém/farmácia de forma a facilitar a limpeza e evitar a humidade.
- Mantenha o ambiente limpo para prevenir condições que favoreçam a presença de pragas. Por exemplo, ponha o lixo em recipientes cobertos apropriados para lixo. Limpe o piso e as prateleiras regularmente.
- Mantenha o interior do prédio o mais seco que for possível.
- Pinte ou envernize a madeira, conforme necessário.
- Use paletes e prateleiras.
- Evite que as pragas entrem nas instalações.
- Inspeccione o local de armazenamento regularmente para detectar qualquer evidência de presença de pragas; se estas forem detectadas, realize um trabalho vigoroso de erradicação.
- As embalagens com película retráctil também ajudam a evitar danos provocados por pragas.

### Fora do armazém/da farmácia

- Inspeccione e limpe frequentemente a área externa do armazem/da farmácia, especialmente a área onde se guarda o lixo. Verifique se não há buracos feitos por roedores e certifique-se de que o lixo é mantido sempre em recipientes cobertos.
- Verifique se não há poças de água estagnada dentro e fora das instalações e certifique-se de que não há baldes, pneus velhos ou outros itens que podem armazenar a água.
- Trate as estruturas de madeira com selante de água, conforme necessário.
- Use iluminação de vapor de mercúrio sempre que possível, e afaste os pontos de iluminação do prédio ou instalação, de forma a minimizar a atracção de pragas.

## LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PREVENIR ROUBOS

### Durante o transporte

- Verifique os documentos.
- Certifique-se de que sejam usados selos de segurança nas embalagens.
- Use caixas mais resistentes ou outros recipientes.
- Utilize veículos confiáveis e bem mantidos.
- Certifique-se de que os motoristas são confiáveis.
- Agilize a liberação dos produtos em aeroportos e portos marítimos e através de fronteiras terrestres.

### Nas instalações de armazenamento

- Limite o acesso ao pessoal designado.
- Limite o número de chaves feitas para o centro de saúde; mantenha uma lista das pessoas que têm essas chaves.
- Utilize as trancas e mantenha as portas fechadas.
- Faça visitas de inspecção sem aviso prévio.
- Solicite a realização independente de inventários ou controlos de stock.

### Nos centros de saúde

- Tranque o armazém/farmácia ou armários.
- Prepare cartões de controlo de stock para cada produto.
- Defina as quantidades máximas de dispensação/distribuição.
- Peça aos dispensadores que registem as prescrições individuais e mantenham registos de prescrição ou dispensação.
- Limite a dispensação aos membros autorizados do pessoal.

### Monitore produtos seleccionados

Como protecção adicional contra roubos, monitore os itens de rápida movimentação, de abastecimento escasso crónico, de alta demanda pelos utentes, caros, que permitem salvar vidas, e fáceis de ocultar ou encobrir.

## LISTAS DE VERIFICAÇÃO PARA AS TAREFAS ROTINEIRAS DE GESTÃO DO ARMAZENAMENTO

### Diariamente/Semanalmente

- Monitore as condições de armazenamento.
- Limpe as áreas de recebimento, armazenamento, embalagem e transporte.
- Varra ou passe um esfregão pelos pisos.
- Retire o lixo.
- Limpe os recipientes, prateleiras e armários, conforme necessário.
- Verifique se os corredores estão desimpedidos.
- Certifique-se de que há ventilação e arrefecimento adequados.
- Proteja os produtos da luz directa do sol.
- Monitore a segurança e protecção do armazem/da farmácia.
- Verifique o telhado quanto a vazamentos, especialmente durante a estação de chuvas e durante ou após uma tempestade.
- Monitore a qualidade do produto (inspeccione visualmente os produtos básicos e verifique as datas de validade).
- Certifique-se de que os produtos sejam empilhados correctamente. (As caixas que ficam em baixo estão a ser esmagadas?)
- Actualize os registos de stock e mantenha os ficheiros.
- Se estiver a ser feito uma contagem cíclica, realize um inventário físico e actualize os registos de gestão do stock.
- Monitore os níveis de stock, as quantidades em stock e os stocks de segurança.
- Envie os pedidos de emergência conforme necessário, ao usar as directrizes locais.
- Actualize os ficheiros de backup para os registos computadorizados de controlo do stock.
- Actualize os cartões de recipientes.
- Separe os stocks expirados e leve-os para uma área protegida.

### Mensalmente

- Conduza um inventário físico ou uma contagem cíclica e actualize os registos de stock.
- Ligue o gerador para garantir que o sistema de gerador funciona correctamente; verifique o nível do combustível e, se necessário, acrescente combustível.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

- Verifique se há sinais de roedores, insectos ou vazamentos pelo telhado/tecto.
- Inspeccione a estrutura de armazenamento quanto a danos, inclusive as paredes, pisos, tecto, janelas e portas.

### A cada três meses

- Use procedimentos predefinidos para eliminar os produtos expirados ou danificados.
- Inspeccione visualmente os extintores de incêndio para ter certeza de que a pressão correcta foi mantida nos mesmos e que estão prontos para o uso.

### A cada seis meses

- Realize exercícios de simulação de incêndios e recapitule os procedimentos de segurança em caso de incêndio.
- Inspeccione as árvores próximas à farmácia e corte ou desbaste aquelas que apresentam galhos enfraquecidos.

### Anualmente

- Inspeccione e faça manutenção dos extintores de incêndio e detectores de fumos.
- Realize um inventário físico completo e actualize os registos de stock.

## EXTINTORES DE INCÊNDIO

Há quatro tipos principais de extintores de incêndio. A seguinte tabela oferece um resumo de cada um deles.

| Tipo de extintor de incêndio | Descrição e uso |
|---|---|
| Produto químico seco | Este tipo contém um agente extintor tal como o bicarbonato de potássio (similar ao bicarbonato de sódio) e usa um gás comprimido como propulsante. É eficaz contra múltiplos tipos de incêndios, inclusive os de sólidos combustíveis tais como madeira ou papel, líquidos combustíveis como gasolina ou graxa (massa), e incêndios eléctricos. |
| Água | Contém água e gás comprimido e deve ser usado somente com produtos combustíveis regulares tais como papel e madeira. Nunca use água contra incêndios causados por líquidos (tais como gasolina ou querosene) ou em incêndios eléctricos. |
| Dióxido de carbono ($CO_2$) | Mais eficaz em incêndios causados por líquidos (tais como gasolina ou querosene) e incêndios eléctricos, mas não em incêndios causados por produtos combustíveis tais como papel, papelão ou madeira. O gás se dispersa rapidamente e não deixa nenhum resíduo nocivo. |
| Halônio | Geralmente usado em áreas com equipamentos computadorizados ou outras máquinas, porque não deixa nenhum resíduo. O halônio pode ser usado em combustíveis comuns, líquidos inflamáveis e incêndios eléctricos. No entanto, é perigoso se for inalado e prejudica o ambiente. O halônio é mais eficaz em espaços confinados, mas a área terá que ser ventilada antes de ser ocupada novamente. |

*Fonte do Apêndice D:* John Snow, Inc./DELIVER e a Organização Mundial da Saúde (OMS). *Directrizes para o armazenamento de medicamentos essenciais e outros produtos básicos de saúde*. 2003.

## APÊNDICE E. Controlo de Diferentes Tipos de Resíduos

A seguinte tabela dá uma visão geral dos tipos principais de resíduos que devem ser eliminados com segurança e eficácia.

| Resíduos não médicos | Métodos de eliminação |
|---|---|
| Lixo de jardim | Compostagem de folhas, galhos, mato e aparas de sebes e árvores, se for viável. Designar uma área separada para a compostagem. |
| Caixas de papelão | Se possível, reciclar o papelão; se não, tratá-lo como lixo comum. |
| Lixo comum | Se existirem instalações municipais para a disposição de resíduos sólidos, dispor o lixo comum na lixeira municipal. Em caso contrário, incinerá-lo ou enterrá-lo. |
| Dejectos humanos | Use fossas ou outras instalações sanitárias para dispor todos os dejectos humanos. |

| Resíduos dos serviços de saúde | Definições |
|---|---|
| Instrumentos médicos cortantes | Agulhas descartáveis de uso único, agulhas de seringas auto desactiváveis, lâminas de bisturis/escalpelos, trocartes descartáveis, instrumentos cortantes que exijam eliminação, e instrumentos cortantes usados em procedimentos laboratoriais. |
| Outros resíduos médicos perigosos | Resíduos contaminados por sangue, fluidos corporais, tecidos humanos; compostos tais como mercúrio; recipientes pressurizados; e resíduos com conteúdo elevado de metais pesados. |
| Produtos farmacêuticos | Medicamentos expirados, danificados/deteriorados ou não utilizáveis por outras razões, e itens contaminados por substâncias medicinais ou que contenham tais substâncias. |

Os métodos de disposição de várias categorias de produtos farmacêuticos são identificados na seguinte tabela.

### RECIPIENTES PARA INSTRUMENTOS CORTANTES

Os recipientes de instrumentos cortantes ou caixas de segurança são caixas impermeáveis que resistem à punção. Quando usados correctamente, eles reduzem o risco de ferimentos por corte da pele, os quais podem disseminar as doenças. Depois de cheias, as caixas de instrumentos cortantes são dispostas seja por incineração ou enchendo-as de lixívia para remover os perigos biológicos, antes de colocá-las nas lixeiras ou aterros sanitários.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

| Categoria | Métodos de eliminação | Comentários |
|---|---|---|
| Sólidos<br>Semi-sólidos<br>Pós | ■ Aterro sanitário<br>■ Encapsulamento dos resíduos<br>■ Inertização dos resíduos<br>■ Incineração a temperaturas médias e altas (incinerador de forno de cimento) | ■ Não mais do que 1% do lixo municipal diário deve ser depositado de forma não tratada (não imobilizada) em um aterro sanitário. |
| Líquidos | ■ Esgotos<br>■ Incineração a alta temperatura (forno de cimento) | ■ Os produtos antineoplásicos não devem ser descartados nos esgotos, devido ao alto risco que representam para qualquer pessoa que entre em contacto com os mesmos. |
| Ampolas | ■ Esmague as ampolas e descarregue o líquido diluído nos esgotos | ■ Os produtos antineoplásicos não devem ser descartados nos esgotos, devido ao alto risco que representam para qualquer pessoa que entre em contacto com os mesmos. |
| Medicamentos anti-infecciosos | ■ Encapsulamento dos resíduos<br>■ Inertização dos resíduos<br>■ Incineração a temperaturas médias e altas (incinerador de forno de cimento) | ■ Os antibióticos líquidos podem ser diluídos em água, deixados descansar por várias semanas e depois descartados nos esgotos. |
| Antineoplásicos | ■ Devolução ao doador ou fabricante<br>■ Encapsulamento dos resíduos<br>■ Inertização dos resíduos<br>■ Incineração a temperaturas médias e altas (incinerador de forno de cimento)<br>■ Decomposição química | ■ Descarte impedido em aterros sanitários, excepto se estiverem encapsulados<br>■ Descarte impedido nos esgotos<br>■ Incineração a média temperatura impedida |
| Medicamentos controlados | ■ Encapsulamento dos resíduos<br>■ Inertização dos resíduos<br>■ Incineração a temperaturas médias e altas (incinerador de forno de cimento) | ■ Descarte impedido em aterros sanitários, excepto se estiverem encapsulados |
| Latas de aerossol | ■ Aterro sanitário<br>■ Encapsulamento dos resíduos | ■ Não devem ser queimados: podem explodir |
| Desinfectantes | ■ Em esgotos ou cursos de água de rápido movimento: pequenas quantidades de desinfectantes diluídos (máx. 50 litros por dia sob supervisão) | ■ Não devem ser descartados desinfectantes nos esgotos ou cursos de água<br>■ Máximo de 50 litros diluídos por dia nos esgotos ou cursos de água de rápido movimento.<br>■ Não é permitido nenhum descarte de desinfectantes em cursos de água de movimento lento ou estagnados |
| Plástico de PVC, vidro | ■ Aterro sanitário | ■ Não deve ser queimado em contentores abertos |
| Papel, papelão | ■ Reciclagem, queima, aterro sanitário | |

*Fonte:* Organização Mundial da Saúde, *Directrizes para a disposição segura de produtos farmacêuticos indesejados durante e após emergências* 1999.

# APÊNDICE F. Listas de Verificação para a Gestão e Controlo de Stocks

## EXEMPLOS DE CÁLCULO DA QUANTIDADE DO PEDIDO PELO USO DAS TABELAS DE STOCK MÁXIMO E FACTOR DE NOVOS PEDIDOS

Os seguintes exemplos demonstram como usar as tabelas e métodos descritos na secção deste capítulo denominada "Como calcular a quantidade a pedir" .

### Exemplo 1

O consumo médio mensal (CMM) do Produto A é de 45 unidades. Este produto é pedido a cada duas semanas e o prazo de entrega é 4 semanas. O stock actual é de 60 unidades. Se for o momento de enviar um pedido, qual é a quantidade a pedir?

1. Primeiro, identifique o factor de stock máximo. Neste casso, ele é igual a 3. Portanto, o stock máximo é de 135, usando a seguinte fórmula: 45 (CMM) × 3 (factor de stock máximo) = 135 (stock máximo, em unidades de emissão). Como o saldo de stock actual é de 60, é preciso fazer um pedido.
2. Segundo, identifique o factor de novo pedido. A informação acima, quando usada em conjunto com a tabela de factor de novo pedido, mostra que o factor de novo pedido é igual a 4.
3. Terceiro, calcule a quantidade a pedir usando a fórmula recomendada: quantidade a pedir = [45 (CMM) × 4 (factor de novo pedido)] – 60 (stock) = 120

### Exemplo 2

O consumo médio mensal do Produto B é de 30 unidades. Este produto é pedido uma vez por mês e o prazo de entrega é de seis semanas. O saldo de stock é de 90 unidades. Quanto deve ser pedido?

1. Primeiro, identifique o factor de stock máximo. Neste caso, ele é igual a 4. Portanto, o stock máximo é de 120, usando a fórmula: 30 (CMM) × 4 (factor de stock máximo) = 120 (stock máximo, em unidades de emissão). O saldo actual de stock é de 90 e, portanto, é preciso apresentar um pedido.
2. Segundo, identifique o factor de novo pedido usando a tabela de factor de novo pedido. O factor de novo pedido é de 5.5.
3. Terceiro, calcule a quantidade a pedir usando a fórmula recomendada: quantidade a pedir = [30 (CMM) × 5.5 (factor de novo pedido)] – 90 (stock) = 75.

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CARTÃO DE STOCK

Como são usados os cartões de stock em seu depósito ou centro de saúde? (Um modelo de cartão de stock é apresentado na Figura 3 deste capítulo.) Faça esta auto-avaliação e divida os resultados com sua equipa de saúde e/ou seu supervisor.

Há um cartão de stock para cada artigo do armazem/da farmácia.

- Todas as informações do cartão de stock estão actualizadas e são exactas.
- O cartão de stock é mantido na mesma prateleira que o artigo.
- A informação é registada no cartão de stock no momento da movimentação.
- Uma contagem precisa é feita continuamente e marcada na coluna de Saldo.
- A contagem física é feita a intervalos regulares, por exemplo, uma vez por mês.

Uma vez concluída a sua avaliação, identifique o que pode ser feito imediatamente para resolver as questões de mais alta prioridade e implementar as mudanças necessárias.

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PEDIDO DE SUPRIMENTOS

Responda às seguintes perguntas. Se os prazos de entrega mudarem, apague e registe as novas informações de entrega. Mantenha as respostas actualizadas.

- Quando os suprimentos serão entregues?
- Com que frequência os suprimentos são entregues?
- Qual é a frequência de pedidos do seu centro de saúde?
- Qual é o seu tempo de entrega?

## AUTO-AVALIAÇÃO

Realize esta auto-avaliação ao responder SIM ou NÃO às seguintes afirmativas. Divida os resultados com sua equipa de saúde e/ou seu supervisor.

- Você sabe como calcular o consumo médio mensal (CMM).
- Você leva em consideração os períodos de falta de stock ao calcular o CMM.
- Você calcula o stock máximo ao multiplicar o CMM pelo factor de stock máximo.
- O stock máximo foi calculado para cada item no armazem/na farmácia.
- O stock máximo é registado no cartão de stock de cada item.
- Você envia seu pedido quando o saldo de stock *for inferior* ao stock máximo.
- Ao fazer o pedido, você usa a fórmula da quantidade a pedir.
- Todos os pedidos são apresentados por escrito usando os formulários recomendados.
- Todas as informações da requisição estão completas, são precisas e foram escritas claramente.

Uma vez concluída sua avaliação, identifique o que pode ser feito imediatamente para resolver os problemas mais prementes e implementar as mudanças necessárias.

# APÊNDICE G. Lista de Verificação das Boas Práticas de Dispensação

## PREPARE SEUS SUPRIMENTOS DIÁRIOS

Antes de dispensar medicamentos aos utentes, deve fazer o seguinte:

- Verifique as quantidades que estão disponíveis na área de dispensação.
- Estime o número de unidades de cada item que será necessário para um dia ou uma sessão clínica. Baseie a quantidade no uso anterior e na informação sobre que clínicas estarão funcionando nesse dia. Se necessário, peça ajuda a alguém com experiência na emissão de suprimentos.
- Dirija-se à farmácia e peça o stock de que necessita ao armazenista. Depois de o armazenista lhe emitir os novos suprimentos, coloque os itens numa bandeja ou carrinho e leve-os à área de dispensação.
- Se, mais tarde no dia, o stock desses itens começar a se reduzir, o procedimento deve ser seguido para repor esses stocks.
- Certifique-se de que os registos de stock do armazem/da farmácia sejam actualizados imediatamente, ao registar no seu cartão de stock a movimentação de cada item emitido pela farmácia.
- Uma vez que os itens sejam emitidos a uma área de dispensação, não devolva-os à farmácia. Mantenha-os na área de dispensação.
- Mantenha os suprimentos seguros e organizados na área de dispensação.
- Certifique-se de que a segurança do dispensário é equivalente à do armazem/da farmácia. Deve haver sempre pessoal presente na área de dispensação, se ela não estiver trancada. Não deixe a área desguarnecida e destrancada.
- Organize os suprimentos da mesma forma que são organizados no armazem/na farmácia. Organize por via de administração do medicamento e pela forma de preparação. Arranje cada grupo de itens em ordem alfabética e por nome genérico.

Os medicamentos e outros suprimentos devem ser recolhidos das prateleiras do dispensário, de acordo com as regras PVPS ou PEPS.

Algumas instalações usam cartões de stock no dispensário, bem como no armazem/na farmácia. Os cartões de stock usados desta forma se tornam registos de dispensação. Mas os trabalhadores de saúde, administradores e contabilistas necessitam com frequência de recolher informações sobre os medicamentos e suprimentos afins dados aos utentes para tratar de certas doenças. Portanto, é geralmente melhor usar um caderno ou diário de dispensação para manter os registos de dispensação de medicamentos em base diária ou semanal. Essa abordagem pode ser particularmente útil por ocasião da ampliação dos serviços; ela lhe permitirá monitorar rapidamente a mudança dos padrões de consumo.

## PRINCÍPIOS DA DISPENSAÇÃO AO UTENTE

Em todos os centros de saúde, a pessoa que dispensa os medicamentos ao utente deve perceber e seguir cinco princípios.

1. Quando um medicamento é oferecido a um utente, é importante que o utente receba:
   - o medicamento correcto;
   - a quantidade correcta do medicamento;

- a informação correcta de como tomar o medicamento

2. O processo de dispensar medicamentos a utentes consiste de:
   - verificar a prescrição;
   - apanhar, contar e embalar o medicamento;
   - transferir a propriedade do mesmo ao utente;
   - fornecer informações ao utente (ou cuidador, no caso de crianças).
3. Explicar cuidadosa e claramente aos utentes como tomar seus medicamentos. Isto é muito importante. Os medicamentos são eficazes só se tomados correctamente. Verifique se os utentes entenderam como tomar seus medicamentos: para confirmar, peça-lhes que repitam para você as instruções que acaba de lhes dar sobre como tomar os medicamentos.
4. Para dispensar correctamente, você precisa saber:
   - como preparar os medicamentos e suprimentos relacionados;
   - como entregá-los aos utentes;
   - como interagir com os utentes de maneira eficaz para garantir que entendam o que fazer.
5. A prescrição e a dispensação de medicamentos são duas actividades separadas em um centro de atendimento de saúde. Dispense os medicamentos em uma área de dispensação (ou dispensário). Mantenha as áreas separadas, se possível. Não dispense aos utentes directamente do armazem/da farmácia! O dispensário pode ser um cómodo, parte de um cómodo, um armário ou um carrinho de dispensação.

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE DISPENSAÇÃO

Para dispensar um medicamento (ou outro item) a um utente, siga estes passos:

1. **Verifique se a prescrição é apropriada para o utente.**
   - Examine a prescrição.
   - Determine qual é o nome genérico do medicamento. Se não puder lê-lo ou se tiver dúvidas sobre a prescrição, peça à pessoa que a emitiu para explicá-la.
   - Verifique se a prescrição é apropriada para a idade, peso e sexo do utente.
   - Se for viável, verifique também se o medicamento prescrito é adequado em forma, potência e dosagem, e se atende às directrizes padrão de tratamento com esse medicamento. Se tiver quaisquer dúvidas, peça à pessoa que emitiu a prescrição para confirmá-la para você.

2. **Prepare um item prescrito de cada vez.** Se mais de um item tiver sido prescrito, não os combine.
   - Verifique a data de expiração do produto no frasco, fita, tubo ou recipiente do mesmo.
   - Leia o nome genérico no rótulo do recipiente.
   - Verifique se é o medicamento correcto.
     ▶ **Lembre-se de que alguns medicamentos se parecem** e podem ser confundidos facilmente.
   - Verifique se é a forma, potência e tamanho de unidade correctos.
   - Verifique se o item não expirou.
   - Apanhe um envelope ou recipiente do medicamento para embalar o item para o utente.

3. **Afixe um rótulo na embalagem** a ser entregue ao utente.
   - Alguns pacotes têm rótulos pré-impressos já afixados. Alguns não têm rótulos ou talvez os rótulos não estejam no idioma operacional do seu país/região, em cujo caso você deverá preparar um rótulo.
   - Imprima/escreva claramente no rótulo as seguintes informações:
     - nome do utente
     - idade do utente
     - data
     - nome genérico do item
     - potência
     - forma
     - quantidade dispensada
     - data de expiração
     - dosagem: instruções ao utente de quando, quanto, por quanto tempo e como o medicamento deve ser tomado, por exemplo, "Tome dois comprimidos junto com alimentos, todos os dias e durante cinco dias"
     - qualquer outra informação de interesse do utente ou advertência, por exemplo, "Pode causar sonolência", "Não conduza veículo, se estiver a tomar este medicamento," etc.
   - Use imagens ou números para registar a dose. Inclua também instruções escritas. Os utentes que não sabem ler poderão precisar de instruções sob a forma de imagens e devem ter alguém em casa que possa ler as instruções para eles.
   - Depois de registar as informações no rótulo, afixe-o na embalagem vazia.
     ► **É importante ter um rótulo escrito claramente.** Quando o/a utente voltar ao centro de saúde com uma prescrição anterior, qualquer trabalhador de saúde poderá ler a prescrição.

4. **Abra um recipiente de medicamento por grosso e verifique a qualidade do seu conteúdo.**
   - Se o medicamento tiver um odor estranho, pode estar deteriorado. Se os comprimidos ou cápsulas estiverem rachados, quebrados, pulverizados ou aderentes, estão danificados. Se as cápsulas estiverem inchadas, muito moles ou agarradas umas nas outras, estão danificadas.
     ► **Nunca dê aos utentes medicamentos de má qualidade.** Elimine esses medicamentos de forma adequada.

5. **Conte a quantidade necessária de forma limpa e segura.**
   - Conte os comprimidos ou cápsulas usando uma bandeja de contagem.
   - Se não tiver uma bandeja, faça uma com uma folha de papel ou filme de raio-X usado, ou use uma superfície limpa, coberta com papel.
   - Conte os comprimidos ou cápsulas com uma espátula limpa. Não use as mãos, pois poderá contaminar tanto o medicamento como as mãos.
   - Não use a mesma bandeja para contar novos medicamentos sem limpá-la primeiro. Se usar uma folha de papel para contar, use uma folha nova de cada vez. Se utilizar novamente a mesma bandeja ou papel, poderá contaminar tanto o medicamento como a si próprio.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

6. **Ponha a quantidade correcta do medicamento no pacote** para o utente levar para casa.
   - Ponha o medicamento em sua própria embalagem rotulada, usando a bandeja e a espátula (ou utensílio de medição, no caso de líquidos).
   - Não misture as prescrições ou medicamentos.

7. **Ponha imediatamente quaisquer comprimidos ou cápsulas adicionais de volta no recipiente apropriado .**
   - Se mais de um medicamento foi prescrito, feche um recipiente antes de abrir outro.
   - Prepare todos os itens prescritos antes de dispensá-los ao utente.
   - Antes de fechar o recipiente, verifique os detalhes do recipiente, comparando-o à prescrição. Isto é simplesmente para confirmar que você dispensou o medicamento correcto.

8. **Entregue o pacote ao utente.**
   - Se o utente for uma criança, explique os seguintes passos à mãe (ou cuidador/a).
   - Explique ao utente como tomar os medicamentos (ver o Passo 10).
   - Se o utente tiver mais de uma prescrição, dispense um item de cada vez.

9. **Explique ao utente como tomar o medicamento.**
   - **Informe ao utente o nome do medicamento**, sua **forma** (comprimido, xarope, etc.), **para que serve**, e a **dosagem**. A dosagem inclui:
     - quando tomar o medicamento (por exemplo, de manhã)
     - quanto do medicamento tomar (por exemplo, um comprimido)
     - por quanto tempo tomar o medicamento (por exemplo, dois dias)
     - como tomar o medicamento (por exemplo, acompanhado de alimentos)

Uma opção é exibir no dispensário as instruções de dosagem para tomar os medicamentos mais comuns. Assim, seu pessoal terá mais probabilidade de dar as mesmas e correctas instruções aos utentes. Além disso, talvez queira exibir numa parede alguns materiais de instrução usados frequentemente, de forma que os utentes possam vê-los. Isto dá mais força e sentido às suas mensagens.

   - **Mostre ao utente como preparar a dose.** Permita que o utente pratique antes de deixar o dispensário.
     - Se a dose for menos que um comprimido inteiro, mostre ao utente como dividir o comprimido.
     - Se for necessário misturar o medicamento com algum alimento, mostre como triturar o comprimido e misturá-lo com o alimento.
     - Se estiver a dispensar xarope, mostre como medir a quantidade correcta. Use a tampa do frasco de xarope ou mostre ao utente as colheres comuns a usar.
     - Peça ao utente para praticar a medição da dose. Use o medicamento que já preparou e embalou para o utente levar para casa.
     - Quando estiver convencido de que o utente entende como preparar a dose, peça ao utente para tomar a primeira dose.

- **Peça ao utente para tomar *todos* os medicamentos prescritos.**
  - Às vezes, os utentes se sentem melhores mesmo antes de terminar de tomar todos os medicamentos prescritos. Diga aos utentes que, mesmo que se sintam melhores, é importante tomar todos os medicamentos para continuarem saudáveis. Isto é particularmente verdadeiro para os antibióticos ou produtos antimaláricos porque as bactérias ou parasitas podem ainda estar presentes. Além disso, diga aos utentes que têm doenças crónicas, tais como a hipertensão ou aqueles que tomam os ARVs, que precisam voltar ao centro/clínica para o tratamento de seguimento.

- **Peça aos utentes que expliquem a você como vão tomar o medicamento.**
  - Cada vez que dispensar um medicamento, verifique o entendimento pelo utente.
  - Se os utentes responderem correctamente, cumprimente-os! Se não, explique novamente a dosagem para eles. Continue a explicar até que possam responder a você correctamente.
  - Se estiver a dar aos utentes mais de uma prescrição, dê-lhes um item de cada vez. Dê o próximo item só após ter certeza de que os utentes sabem como tomar os medicamentos que você acaba de dar-lhes.
  - Os medicamentos são eficazes só se os utentes os tomarem correctamente. Às vezes, mesmo os utentes mais inteligentes, quando doentes, não entendem como tomar seus medicamentos. Se tomados incorrectamente, os medicamentos podem ser ineficazes ou mesmo nocivos. *Verifique sempre o entendimento do utente.*

10. **Peça ao utente para manter todos os medicamentos e suprimentos médicos relacionados num lugar seguro** de suas casas, fora do alcance de crianças.
    - Explique ao utente que os medicamentos são caros e perigosos e precisam ser guardados num lugar especial de suas casas.
    - Esse lugar deve ser fresco, escuro e seco, protegido contra pragas e fora do alcance de crianças.
    - Recomende lugares que podem ser encontrados em casas típicas da sua área, onde os utentes podem guardar seus medicamentos.

11. **Mantenha registos exactos de dispensação.**
    - Preencha os registos de dispensação de acordo com as instruções dadas por seu supervisor ou coordenador de suprimentos local.
    - Busque atender a quaisquer exigências especiais que possam se aplicar a substâncias controladas e a medicamentos dos programas de doações, aos quais possam se aplicar exigências separadas de registo.

CAPÍTULO 9

# Gestão das Informações: Monitoria e Avaliação

*Nancy LeMay*

1. Obter Resultados Através do Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
2. Liderança e Gestão: Competências Críticas para o Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
3. Governação de Sistemas de Saúde e Organizações de Saúde
4. Inclusão da Perspectiva de Género nos Sistemas de Saúde
5. Planear o Trabalho e Executar o Plano
6. Gestão de Recursos Humanos
7. Gestão das Finanças e dos Sistemas Relacionados
8. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde
9. Gestão das Informações: Monitoria e Avaliação
10. Gestão da Prestação de Serviços de Saúde

Este capítulo é um guia prático que você, como gestor de um programa de saúde ou de serviços de saúde, pode usar para compreender e organizar práticas essenciais que vão melhorar a monitoria e a avaliação (M&A) dos serviços de saúde. Ele explica o papel e a função de um Sistema de Informações de Saúde (SIS) eficaz. Descreve a monitoria e a avaliação como funções essenciais para a gestão de programa, explica a diferença entre as duas, e apresenta sugestões para fazer com que cada função seja mais útil para continuar a aprender e actuar. Mostra também como boas práticas de liderança e gestão são relevantes para a M&A.

Poderá usar as informações neste capítulo para:

- aumentar a eficácia de um SIS;
- usar a monitoria de rotina para aumentar a eficiência das actividades organizacionais;
- produzir dados úteis e de valor prático para tomar decisões informadas;
- evitar os erros mais comuns em M&A;
- conceber ou criar uma avaliação;
- usar uma estrutura teórica para formular um plano lógico para as actividades de um programa
- preparar um plano de M&A.

O capítulo termina com uma história que enfatiza o elemento humano da M&A. Ela mostra que a utilização de dados de um SIS, mesmo que não sejam perfeitos, pode ser vantajosos e promover a confiança no sistema. A história também oferece várias práticas comprovadas de M&A que são relevantes para o seu trabalho como gestor de saúde.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## Introdução

Dentro da comunidade ligada ao desenvolvimento, a ênfase cada vez maior na produção de resultados quantificáveis aumentou o interesse por M&A e a atenção a essas actividades. Fala-se muito sobre o planeamento baseado em resultados, a estrutura de resultados, e as equipas voltadas a resultados. Mas as pessoas também se confundem frequentemente sobre o que monitorar, o que avaliar, e sobre a melhor forma de executar as duas tarefas.

A tendência é esquecer a importância de uma boa e sólida monitoria, essencial para fornecer aos gestores as informações necessárias para agirem e obterem resultados. Na pressa para fazer avaliações, algumas organizações subestimam a monitoria em benefício da avaliação, para poderem mostrar resultados. A monitoria é frequentemente uma prática subutilizada que pode acabar por se perder no trajecto entre avaliadores e planeadores.

No seu trabalho de gestor, você e a sua equipe precisam das informações obtidas com ambas, a monitoria e a avaliação para gerir as actividades e obter resultados. Provavelmente utilizará suas habilidades de M&A para avaliar os insumos de saúde, actividades, resultados imediatos e resultados a médio e longo prazo (termos que serão discutidos mais adiante neste capítulo). Provavelmente não será solicitado a medir o impacto. Com excepção das organizações de grande porte, sólidas e com muitos recursos, a avaliação de impacto é geralmente responsabilidade do Ministério da Saúde ou da agência doadora. Apesar de a avaliação do impacto não ser parte do âmbito deste capítulo, encontrará ligações (links) com materiais úteis sobre o assunto.

Este capítulo não interessa apenas ao pessoal de M&A ou do SIS. O público-alvo é muito maior, e inclui:

- directores e outros gestores de nível superior em organizações da sociedade civil (OSCs), nomeadamente organizações não governamentais (ONGs), organizações religiosas (OREs) e outras organizações sem fins lucrativos;
- gestores de projectos financiados por agências doadoras e implementados por OSCs;
- gestores em nível distrital e dos centros de saúde do sector público;
- pessoal de M&A e de SIS das organizações financiadas por agências doadoras e do sector público.

## Informações para a gestão de serviços de saúde

Todos sabemos que os gestores de saúde e os profissionais de saúde precisam ter um melhor acesso a informações confiáveis, e melhores formas de usar essas informações para monitorar o desempenho e gerir os serviços. A gestão eficaz de todo o sistema de saúde depende do uso adequado de informações precisas e obtidas em tempo hábil por funcionários de todos os níveis. Esse uso das informações depende, por sua vez, da capacidade do SIS de gerar informações úteis.

### SUBSISTEMAS E CICLOS DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

A publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS), *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*, [Um esforço colectivo: como fortalecer os sistemas de saúde para obter melhores resultados a médio e longo prazo: O plano de acção da OMS], revela que a informação é um dos seis pilares

essenciais de qualquer sistema de saúde. A OMS define um SIS eficiente como "aquele que garante a produção, análise, difusão e uso de informações confiáveis e em tempo hábil sobre factores os determinantes da saúde, o desempenho do sistema de saúde, e o estado da saúde" (OMS 2007). O termo SIS geralmente engloba os vários subsistemas que fornecem as informações necessárias para a gestão de serviços de saúde. A Figura 1 apresenta uma visão geral dos subsistemas comuns dentro de um SIS.

Um SIS bem projectado e eficiente fornece suporte aos processos essenciais e necessários para gerir os serviços de saúde. Esses processos são cíclicos e constantes, e a recolha, análise e uso das informações para executar as funções de gestão de saúde também criam um processo cíclico.

A Figura 2 mostra o M&A como um elemento de um ciclo de gestão típico que fornece dados para um ciclo de informações. Eles são aí processados e se transformam em informações que são enviadas de volta para várias funções do ciclo de gestão.

FIGURA 1. Subsistemas comuns de informações sobre saúde

**Vigilância epidemiológica**

Detecção e notificação sobre doenças e factores de risco, investigação de acompanhamento e medidas para controlo de surtos

**Relatórios sobre serviços de rotina**

Registo e apresentação de relatórios sobre os serviços dos centros de saúde, serviços de alcance social e serviços comunitários em termos de monitoria dos casos, e monitoria do desempenho (qualidade) das tarefas dos serviços, do desempenho da cobertura e alcance social dos serviços, e da disponibilidade e uso de recursos

**Relatórios sobre programas específicos**

Programas tais como:

- prevenção e controlo da malária
- saúde reprodutiva e planeamento familiar (PF)
- imunização
- controlo da tuberculose
- prevenção e controlo de VIH/SIDA e DSTs
- controlo da lepra
- gestão integrada de doenças infantis
- água e saneamento
- segurança e higiene alimentar

**Informações administrativas**

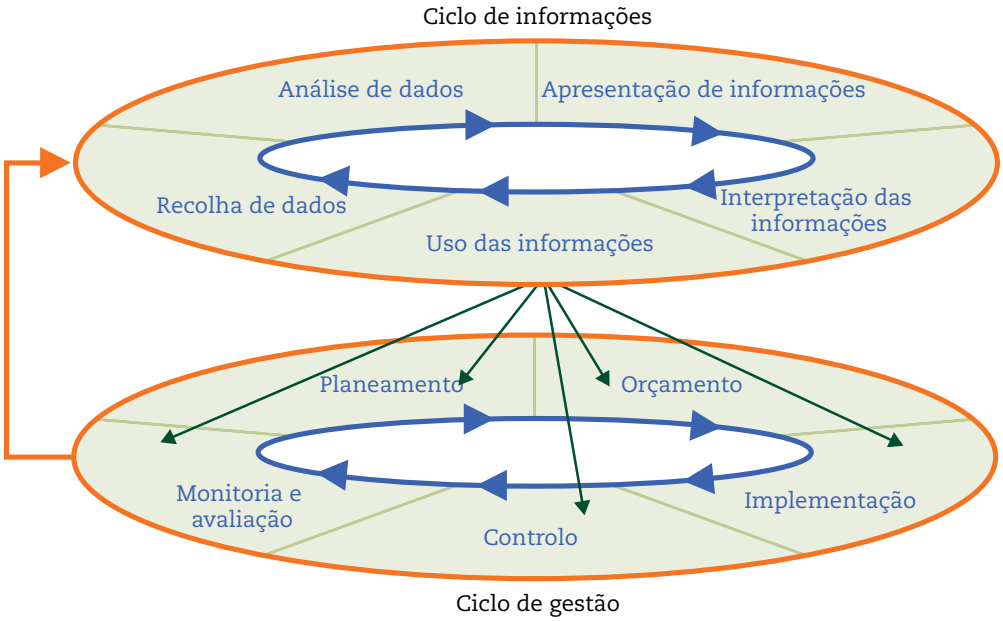
- gestão financeira e orçamentária
- gestão de recursos humanos
- administração de formação
- gestão de suprimentos e medicamentos essenciais
- desenvolvimento e manutenção dos centros de saúde e equipamentos
- gestão das investigações de saúde
- gestão de documentos e dados
- gestão de recursos externos

**Registos vitais**

Registo de nascimentos, mortes, formação de família e migração nos sistemas civil e de saúde

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

FIGURA 2. Relação entre as informações e os ciclos de gestão




## DIFERENÇAS ENTRE MONITORIA E AVALIAÇÃO

Monitoria e avaliação são funções essenciais de gestão de uma organização. Juntas, elas permitem decisões informadas, uma melhor utilização dos recursos e uma avaliação objectiva de até que ponto os serviços e outras actividades de uma organização permitiram a obtenção de um resultado esperado.

Para tomar decisões informadas, os gestores de saúde precisam de um sistema de M&A que forneça informações confiáveis sobre factores tais como os seguintes:

- as necessidades de saúde das pessoas na área de captação, ou seja, a área de onde vêm os utentes dos serviços;
- as prioridades do país, província, distrito e comunidades a que servem;
- a qualidade e cobertura dos serviços que oferecem;
- os recursos que eles utilizaram e os recursos ainda disponíveis;
- o progresso na implementação das suas actividades.

Tanto as actividades de monitoria quanto as de avaliação são necessárias para satisfazer essas necessidades de informação. Mas qual delas deve ser usada, e quando? As diferenças entre monitoria e avaliação residem nos seus propósitos, prazos e fontes de informação.

A **Monitoria** é usada para rastrear continuamente as mudanças nos indicadores – marcadores mensuráveis de mudança ao longo do tempo – de modo a gerir a implementação de um programa. A monitoria mede o progresso no alcance dos resultados, ao recolher informações sobre insumos, actividades, resultados imediatos e, por vezes, resultados de curto prazo. Para você, como gestor, isso pode envolver monitorar o progresso por referência aos seus planos operacionais e/ou monitoria dos serviços que oferece.

Os procedimentos comuns para a monitoria de programas incluem acompanhar as estatísticas sobre serviços e examinar os registos e relatórios sobre formação. A monitoria regular e sistemática fornece informações para fins de planeamento e uma base confiável para realizar uma avaliação.

A **Avaliação**, por outro lado, é usada para avaliar a eficácia (e, por vezes, o custo) dos esforços para melhorar os serviços e para prevenir e controlar os problemas prioritários de saúde. A avaliação mede os resultados a médio e longo prazo e o impacto. Avalia em que medida sua organização está a atingir os resultados esperados e o ajuda a entender por que os resultados foram ou não atingidos. A avaliação é também uma oportunidade de aprendizado constante a partir das experiências.

Portanto, o primeiro factor que diferencia a monitoria da avaliação é uma diferença de propósito. A monitoria é motivada por uma necessidade de gestão, ao passo que a avaliação é motivada pela necessidade de documentar os resultados a médio e longo prazo de uma intervenção e relatá-los a uma agência doadora ou a outros grupos de interesse. A monitoria, portanto, se concentra na implementação operacional, ao passo que a avaliação se concentra nos efeitos das actividades sobre a saúde da população-alvo.

Isso nos leva a uma segunda diferença crítica: o período durante o qual cada uma delas é usada. A monitoria é um processo rotineiro e constante, usado durante toda a intervenção. A avaliação requer a recolha de dados basais preliminares (como referência) e de dados após a intervenção que lhe permitem comparar as mudanças durante o período da intervenção e, às vezes, após um período adequado de acompanhamento.

Por último, uma terceira diferença diz respeito às fontes de informação que cada função utiliza. Os dados para a monitoria geralmente provêm do que está imediatamente disponível: do sistema de informação de saúde ou de registos de serviços de rotina. As estatísticas dos serviços fornecem dados de monitoria tais como stocks de suprimentos, números de doses de vacinas ministradas mensalmente, e resultados de utentes. Os dados de monitoria também podem ser obtidos ao compilar os registos de rotina da organização. Um exemplo são as listas de participantes de workshops de formação que podem dar informações sobre o número de pessoas que receberam formação sobre um tópico específico.

Os indicadores de impacto e de resultados a médio e longo prazo devem ser medidos no nível dos beneficiários ou da população, e devem ser obtidos por meio de uma avaliação. Por exemplo, para determinar o resultado a médio e longo prazo de uma iniciativa de orientação sobre planeamento familiar, precisaria saber a percentagem de mulheres entre as orientadas, que de facto adoptaram um método de planeamento familiar. Não poderia obter essas informações a partir das estatísticas sobre serviços nem de registos de rotina da organização; precisaria realizar um inquérito para recolher os dados.

Medidas comuns em uma avaliação incluem as mudanças de uso dos serviços de saúde de um período para outro, a proporção de partos seguros, a cobertura de serviços de imunização, e as mudanças no conhecimento, atitudes ou comportamento de um grupo-alvo.

**Práticas de liderança e gestão para a monitoria e a avaliação.** Apesar das diferenças entre monitoria e avaliação, as duas funções serão optimizadas se usar outras práticas de liderança e gestão quando executar tarefas de monitoria ou avaliação. Por exemplo, monitoria e avaliação – uma das práticas de gestão discutidas no Capítulo 2 deste manual – exigem que você **focalize** as metas e prioridades e use suas habilidades de **exploração** para recolher e analisar os dados apropriados. Em resposta aos resultados recolhidos por meio da monitoria e avaliação, talvez precise **focalizar** e **alinhar e mobilizar** o pessoal para modificar os planos de intervenção de modo a obter resultados melhores. A depender da medida em que as actividades estejam a atingir seus objectivos e os resultados esperados, você poderá também utilizar as informações de M&A para **inspirar** o pessoal a melhorar seu desempenho ou continuar a fazer um bom trabalho.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

Para gerir as actividades de M&A, precisará desenvolver um **plano** de M&A e então **organizar** as estruturas, subsistemas e processos para **implementar** o plano. Finalmente, terá que **monitorar e avaliar** o programa de M&A para determinar o progresso no alcance dos resultados esperados.

> As principais práticas de liderança e gestão discutidas aqui e no Capítulo 2 deste manual são também descritas em detalhes no Centro de Recursos Electrónicos da MSH da secção de Desenvolvimento da Liderança intitulada "Como criar líderes que lideram."

## De quem é a M&A?

Quem utiliza a M&A? Quem precisa de informações de saúde? Os gestores de todos os níveis de uma organização têm interesse em utilizar as informações como base para a acção. Isso lhes permite serem gestores e líderes eficazes em todos os níveis. Na verdade, os gestores constituem a fundação do sistema de M&A.

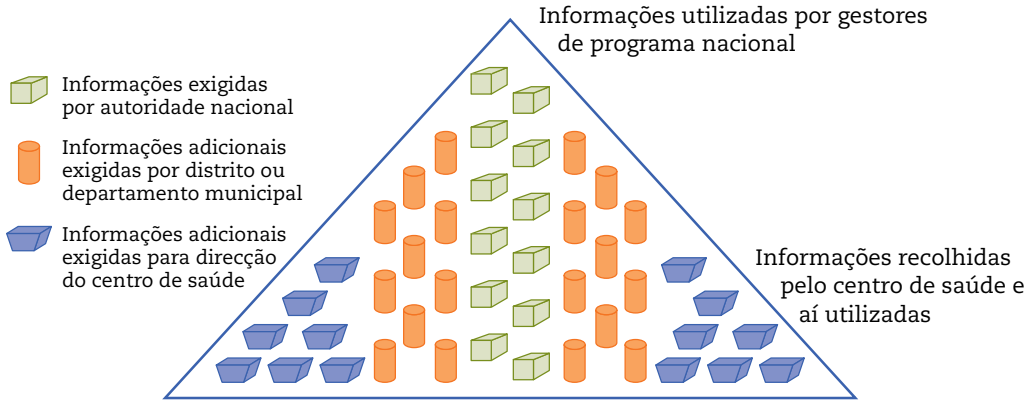
O problema é que a função de M&A nem sempre é integrada à organização. Em muitos casos, as organizações – e, por vezes, as agências doadoras – actuam como se a M&A fosse responsabilidade apenas do pessoal de M&A. Sem um processo adequado de comunicação e retroinformação, as informações e o conhecimento poderiam permanecer nas mãos do pessoal de M&A. Como consequência, os resultados (bons ou maus) nem sempre são informados às pessoas que precisam deles, e as informações não são utilizadas para as decisões de gestão.

É muito frequente, por exemplo, que se realize uma avaliação e se produzam informações para atender às necessidades de uma agência doadora ou uma agência do governo, e não para melhorar os serviços de uma organização. Uma forma de garantir que os resultados da avaliação sejam usados é fazer com que os gestores de todos os níveis de uma organização, desde o centro de saúde até o Ministério da Saúde, detenham o controlo dos processos e dos resultados de M&A.

**Necessidades de informação em níveis diferentes.** Nem todas as informações são necessárias em todos os níveis e a todo o tempo. Gestores, agências doadoras, e o governo central podem precisar de informações diferentes em momentos diferentes para cumprir seus requisitos de apresentação de relatórios e para tomar decisões. Os gestores de projectos financiados por agências doadoras, por exemplo, trabalham geralmente em um ciclo trimestral ou bienal de apresentação de relatórios, ao passo que o Ministério da Saúde pode precisar de dados que cubram um período de três a cinco anos para demonstrar seu impacto e para apresentá-los aos políticos e aos meios de comunicação.

As necessidades de informação de um sistema de saúde podem ser vistas sob a forma de uma hierarquia. A Figura 3 mostra que se necessita de volumes cada vez menores de informação à medida que se sobe nos níveis de uma organização. Existe um conjunto básico de informações de que os gestores de todos os níveis precisam, mas apenas um pequeno subconjunto dessas informações é necessário no nível nacional. No nível de distrito e dos centros de saúde, os gestores precisam de informações desagregadas e de forma contínua porque é nesses níveis que se empreendem acções em resposta a dados operacionais (por ex., falta de estoque e abandono de tratamento).

FIGURA 3. Hierarquia das necessidades de informações




*Fonte:* Reproduzido com autorização de "Health Information System Reform in South Africa: Developing an Essential Data Set," por Vincent Shaw, 2005.

A monitoria dos indicadores operacionais tem menos importância no nível nacional. Os que tomam decisões no nível nacional precisam, na verdade, de indicadores que meçam o impacto dos programas e serviços de saúde no estado de saúde a longo prazo. Por isso, deve-se projectar um SIS para atender a todos os seus utentes, fornecendo informações confiáveis a curto, médio e longo prazo.

No nível do centro de saúde, por exemplo, os gestores recolheriam e utilizariam informações sobre a distribuição mensal de contraceptivos, medicamentos fora de estoque, e abandono de tratamento. Nos níveis distritais e provinciais, ou na sede de uma ONG de grande porte, as informações mais úteis seriam taxas anuais de prevalência do uso de contraceptivos, ao passo que para o Ministério de Saúde, poderiam ser as taxas de mortalidade e morbidade materna a intervalos de três a cinco anos.

> Para uma discussão mais detalhada sobre a hierarquia das necessidades de informações, consulte um artigo no website da OMS.

**Princípios para uma melhor gestão das informações.** O Capítulo 1 deste manual afirma que nenhum sistema de gestão pode ser fortalecido se as pessoas não forem incluídas no processo. O mesmo se aplica a um SIS. É preciso trabalhar com as pessoas envolvidas: aquelas que controlam o sistema e registam, transferem, analisam, comunicam e usam os dados e informações para gerir os serviços.

**Como deveríamos trabalhar com as pessoas no SIS?** O Quadro 1 apresenta os princípios básicos para criar um SIS eficiente ou melhorar a gestão das informações. O objectivo é aumentar a disponibilidade e a confiabilidade das informações para que possam ser usadas com mais eficácia na gestão das organizações de saúde e dos serviços. Esses princípios enfatizam a necessidade da participação integral de todo o pessoal do SIS e dos gestores e profissionais de saúde que utilizarão as informações..

## QUADRO 1. Princípios orientadores para melhorar a gestão das informações

**Entenda as funções e responsabilidades dos serviços de saúde.** Como o SIS está vinculado ao ciclo de gestão de saúde, um pré-requisito para melhorar o SIS é entender claramente as funções e responsabilidades de cada serviço de saúde, programa, nível de operações, e sector (público, privado, comunitário, OSC, ONG) envolvido na prestação de serviços de saúde.

**Focalize na melhoria da saúde e dos serviços de saúde.** Quaisquer mudanças nos registos e relatórios de saúde devem ser feitas com vistas a melhorar o desempenho dos serviços de saúde. É importante buscar formas de atender às necessidades de informação em níveis superiores do sistema de saúde, sem pedir aos gestores e profissionais de saúde que registem e reportem dados que não sejam utilizados no nível da prestação de serviços.

**Fortaleça os sistemas existentes.** Apesar de ser tentador reformular completamente os sistemas e integrar sistemas paralelos de registos que são específicos a certos programas, o tempo, dinheiro, interrupção e outros custos de fazer isso são maiores que os possíveis benefícios. Poucos esforços para desenvolver SIS totalmente integrados tiveram sucesso. Uma opção melhor é definir padrões de formatos e codificação de dados que facilitem o intercâmbio de dados entre sistemas separados.

**Procure garantir a aceitação em nível nacional.** Todas as actividades para desenvolver ou melhorar um sistema de informações devem ser realizadas por grupos de trabalho do próprio país, sob a gestão de pessoal nacional. É essencial ter a participação não só do pessoal ligado aos sistemas de informação, mas também de gestores e prestadores de serviços, esses últimos as principais pessoas para dar informações. Se for necessário usar um consultor externo, essa pessoa deve assumir um papel de facilitador que permita que o pessoal local desenvolva seu próprio sistema. Por meio da participação activa, eles entenderão e assumirão o controlo dos métodos e instrumentos do sistema e, ao fazer isso, se tornarão melhores para mantê-lo.

**Reforce as habilidades do pessoal de saúde.** Essas habilidades incluem registar, relatar, transmitir, processar, apresentar, analisar e interpretar os dados, e usá-los para a tomada de decisões. Usar e manter sistemas de computação é algo que também pode ser ensinado. O método recomendado para desenvolver habilidades é "aprender ao fazer" através do seguinte:

- workshops no local de serviço, em que pessoal do serviço de saúde e os gestores de dados trabalham juntos para solucionar problemas reais usando dados reais;
- envolver o pessoal nacional nos estudos de planeamento e implementação e no desenho das mudanças do sistema;
- esclarecer os papéis e responsabilidades através da promoção do consenso.

**Use a tecnologia de forma apropriada.** Você pode usar computadores para a manutenção de banco de dados, geração de relatórios, análise de dados, e comunicações se seus sistemas de computação e software puderem ser mantidos localmente com pessoal já existente. Mas certifique-se de que a informatização não prejudicará o fluxo e acesso aos dados, não sobrecarregará as pessoas de trabalho, e não estimulará a falsificação dos dados, o que reduziria a confiabilidade dos mesmos.

Aceda ao Centro de Recursos Electrónicos da MSH para obter enlaces (links) para orientação adicional sobre gestão de informações. .

# A monitoria como um caminho para a acção

## A IMPORTÂNCIA DA MONITORIA DE ROTINA

Por que só a avaliação não basta? Na comunidade envolvida com o desenvolvimento, algumas organizações tendem a confiar mais nos estudos de avaliação do que numa sólida monitoria dos programas. Muitas pretendem executar tanto a monitoria quanto a avaliação, mas, na prática, geralmente dedicam mais tempo e recursos à avaliação.

As agências doadoras, os governos e as organizações podem preferir as avaliações porque elas fornecem evidências mais palpáveis de progresso, tais como a prevalência do uso de contraceptivos (uma medida típica de resultado a médio e longo prazo para planeamento familiar/saúde reprodutiva) medida por meio de um inquérito anual domiciliar.

A monitoria não pode produzir o indicador de resultado a médio e longo prazo – a evidência palpável de que esses contraceptivos estão efectivamente a ser utilizados. Ela pode apenas fornecer um indicador de progresso ou um marco de referência – tal como a distribuição mensal de contraceptivos – que lhe permite acompanhar o progresso em direcção às metas operacionais. Você pode monitorar a distribuição de produtos, mas não pode concluir que os produtos estejam a ser efectivamente utilizados.

Mas para um gestor como você, os dados sobre distribuição são exactamente o tipo de informação de que precisa para demonstrar o progresso no alcance da meta e para fazer seu trabalho de forma eficaz.

Veja, por exemplo, uma intervenção para a mudança de comportamento no Peru, a qual está descrita e analisada no quadro abaixo.

No contexto de serviços de saúde do governo, os gestores de distrito e de centros de saúde precisam monitorar tanto os indicadores de resultados a médio e longo prazo como os indicadores de cobertura. Os indicadores de cobertura informam ao gestor de saúde se os serviços essenciais estão a ser fornecidos a grupos-alvo específicos e permitem, assim, agir rapidamente para resolver falhas na prestação de serviços a subgrupos ou comunidades carentes.

Um bom sistema de monitoria lhe fornece as informações críticas para gerir a intervenção e tomar medidas correctivas imediatamente. Uma avaliação não lhe dá esse tipo de informação. Portanto, quando se vê um bom sistema de monitoria, é geralmente porque um gestor está a impulsioná-lo porque precisa de informações de monitoria fornecidas pelo sistema de M&A para que o dito gestor possa começar a agir.

## COMO PRODUZIR INFORMAÇÕES ACCIONÁVEIS

As informações accionáveis são dados que você pode usar para tomar uma decisão e empreender uma acção. Elas ajudam a identificar falhas de desempenho e encontrar maneiras de resolver essas falhas. Para serem accionáveis, as informações obtidas com a monitoria devem se basear em *indicadores úteis* produzidos em *formato simples e em tempo hábil* para o ciclo de planeamento ou apresentação de relatórios.

"Accionável" significa coisas diferentes para diferentes utentes. As informações de que o gestor precisa não são iguais às informações de que o director executivo de uma organização ou o ministério de saúde utilizariam para apresentar relatórios para agências doadoras, políticos ou para a mídia.

Como produzir informações accionáveis para o gestor?

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

### Em acção, o monitoramento para melhor gestão de programas – Um exemplo do Peru

Uma organização de planeamento familiar local no Peru fez uma campanha de comunicação para aumentar a prevalência do uso de contraceptivos na área de captação da organização. Criaram os materiais e deram formação aos trabalhadores de saúde comunitários para educar as mulheres nas suas aldeias. A organização pretendia realizar apenas um inquérito para obter dados básicos preliminares, para depois realizar inquéritos sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP). Esses eram os passos iniciais necessários e os métodos adequados para avaliar a eficácia da campanha, mas a questão é se forneceriam dados suficientes e accionáveis para atender às necessidades do gestor? Não, porque os resultados viriam após a campanha ser concluída. O gestor precisava de informações para tomar medidas correctivas enquanto a campanha de comunicação estava em andamento.

Coloque-se no lugar do gestor, nesse cenário. O que precisaria monitorar? Poderia começar com a distribuição mensal de contraceptivos durante a campanha de comunicação, usando dados fáceis de obter do depósito de suprimentos. O movimento do stock dos produtos contraceptivos na cadeia de suprimentos indicaria que a campanha estava a criar uma demanda, ao passo que nenhum movimento poderia indicar que a campanha ou o sistema de fornecimento não estava a funcionar adequadamente. Notam-se picos de distribuição durante a campanha? O movimento de contraceptivos é maior durante a campanha do que era antes?

Se não notar mudanças após dois ou três meses, saberá que algo precisa ser modificado na campanha de comunicação ou na cadeia de suprimentos, ou em ambas. Terá que fazer visitas ao local para descobrir os motivos. O problema é a falta de stock? Não houve mudança na distribuição porque não há produtos disponíveis? Ou não houve mudança porque a estação de rádio não transmitiu o anúncio informativo? Ou talvez os agentes de distribuição da comunidade nunca receberam os papéis gigantes e os modelos de que precisavam para educar as mulheres nas suas comunidades?

Em primeiro lugar, os indicadores devem ser úteis para o gestor. Eles devem estar directamente relacionados com o plano operacional da organização (ou o plano de intervenção) e os resultados esperados. Algumas organizações têm a tendência de focalizar a **monitoria do processo** entre os inquéritos sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP). Isso significa que monitoram os processos tais como a formação: Quem recebeu formação? Em que tópicos? Quando? Isto é importante, mas não o suficiente. A monitoria do processo não monitora o progresso para atingir os resultados, simplesmente acompanha a conclusão das actividades.

Além da monitoria do processo, os gestores também precisam monitorar os **indicadores substitutos**, que indicam o máximo que você se aproximará dos resultados reais durante a implementação de um conjunto de actividades, quando os resultados não forem ainda facilmente mensuráveis. Os indicadores substitutos são medidas indirectas que se aproximam de um alvo ou resultado, ou representam esse alvo ou resultado, quando as informações directas não estão disponíveis.

Por exemplo, no caso da prestação de serviços de planeamento familiar, como determinados contraceptivos são distribuídos através do centro de saúde, os dados de monitoria deveriam vir do centro de saúde. Apesar de não se poder concluir que o resultado-alvo tenha sido atingido – que os produtos estejam efectivamente a ser utilizados pela população beneficiária –, as informações sobre distribuição fornecem pistas sobre a possibilidade de sucesso das actividades. A maioria dos dados para monitorar os indicadores substitutos pode ser obtida a partir do SIS.

As informações accionáveis devem ser fornecidas em um **formato utilizável**. Os gestores frequentemente recebem um excesso de informações em um formato muito complicado. É

preciso ter uma ferramenta simples que lhe forneça apenas informações essenciais. Poderá aprender mais sobre essas ferramentas na secção deste capítulo intitulada "Características de uma boa ferramenta de monitoria."

Por último, os gestores precisam receber informações em tempo hábil para que possam agir imediatamente. Os projectos implementados pelas organizações com fundos do governo ou de uma agência doadora são frequentemente conduzidos em dois períodos de tempo.

Por exemplo, você poderá gerir um projecto que se estende por cinco anos, desmembrado em ciclos anuais de apresentação de relatórios com base em planos de operação anuais. Mas, para monitorar o plano anual e apresentar os relatórios necessários, você precisa de informações trimestrais. Se os seus centros de saúde apresentarem os dados após o prazo estabelecido, as informações não chegarão a tempo para os seus relatórios.

## Informações em acção para melhorar os serviços – experiências da Bolívia e da África do Sul

**Uso de informações para mobilizar a cadeia de suprimentos.** O programa de suplementação de ácido fólico e ferro na Bolívia foi uma actividade de mobilização comunitária implementada por várias ONGs em áreas rurais do país.

Surgiu um problema após apenas três meses de implementação. Se a gestora tivesse confiado apenas na monitoria do processo, teria visto que todas as actividades haviam sido executadas dentro do prazo e conforme planeadas. Porém, os dados mensais dos centros de saúde das áreas de captação atendidas pelo programa revelaram que, em várias comunidades, a distribuição de ferro e ácido fólico para grávidas havia sido nula desde o primeiro mês de implementação do programa.

A gestora investigou imediatamente e descobriu que 16 centros de saúde estavam com faltas de stock. Apesar de haver um protocolo escrito para a distribuição de ferro e ácido fólico, e de todos os centros de saúde possuírem supostamente o produto nos seus stocks, historicamente não havia demanda para esse produto. Os centros de saúde haviam decidido há muito tempo não tê-lo mais em stock.

A gestora levou o problema à atenção do vice-ministro de saúde e, em poucos dias, o Ministério da Saúde mobilizou toda a sua cadeia de suprimentos para garantir que havia um stock suficiente em toda a cadeia. No final do ano, a suplementação de ferro e ácido fólico havia melhorado dramaticamente em todo o país. Tudo isso aconteceu graças a uma simples ferramenta de monitoria mensal que permitiu que a gestora tomasse medidas correctivas no início da implementação.

**Simplificação da recolha de dados e estímulo ao uso dos dados.** Sabe-se que se a recolha e o processamento dos dados forem muito complicados, a qualidade e o uso dos mesmos tendem a diminuir. Na África do Sul, o pessoal de enfermagem dos centros de saúde é geralmente solicitado a executar duas funções: (1) cuidar dos utentes do sistema, e (2) recolher e utilizar dados. O problema é que esse pessoal se dedica principalmente a prestar cuidados e considera a recolha de dados uma sobrecarga de trabalho desnecessária, além de suas actividades quotidianas.

Um grupo de enfermeiras da África do Sul que reconheceu a importância das informações para a prestação dos serviços decidiu tornar a recolha e uso de dados de rotina parte do seu trabalho diário. Entenderam que era necessário reduzir a quantidade de dados necessários e simplificar o processo de recolha.

Como resultado, criaram uma lista itemizada ou lista de verificação que lhes permitia ter, ao final de cada dia, um quadro rápido dos serviços que haviam prestado. No final do mês, podiam tabular rapidamente e analisar os dados sobre seus serviços. Esse tipo de sumário diário e mensal das suas actividades foi extremamente satisfatório. Ele motivou seu uso contínuo para monitorar, analisar e melhorar os serviços.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

# Abordagens e ferramentas práticas de M&A

## QUADROS DE REFERÊNCIA PARA A FORMULAÇÃO, MONITORIA E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

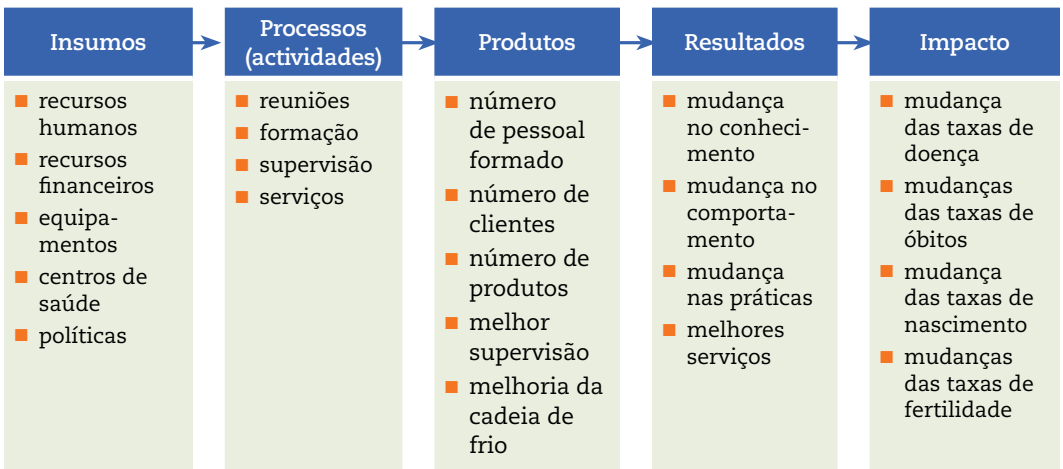
Os resultados de intervenções programáticas e nos serviços de saúde podem ser medidos em níveis variados. Muitas directrizes de M&A se baseiam numa sequência de cinco níveis de resultados: insumos, actividades, produtos, resultados, e impactos. A Figura 4 resume os níveis de resultados que podem ser monitorados e avaliados.

Para compreender melhor a sequência de resultados, considere as definições abaixo:

- **Insumos:** Os materiais e recursos necessários para executar o plano de implementação da sua unidade ou equipa e obter o resultado esperado. Os exemplos incluem os recursos financeiros, técnicos, humanos, suprimentos e produtos essenciais.
- **Processo:** As actividades executadas por meio do seu plano de implementação. Os exemplos incluem a formação dos profissionais de saúde, a melhoria do sistema de gestão de suprimentos, e a distribuição de meios de planeamento familiar.
- **Produtos:** É o resultado imediato de uma actividade. Os exemplos incluem o número de pessoas formadas, o número de novos utentes de contraceptivos, e a quantidade de produtos distribuídos.
- **Resultados (a médio e longo prazo):** É uma mudança de curto prazo em um grupo da população como resultado de uma série de actividades. Os exemplos incluem as mudanças na cobertura do atendimento pré-natal, na proporção de partos seguros, no conhecimento e atitudes sobre métodos de planeamento familiar e saúde reprodutiva, nas necessidades ainda não atendidas de planeamento familiar, e nas taxas de prevalência do uso de contraceptivos.
- **Impacto:** Mudanças a longo prazo dentro de um grupo da população beneficiária. Os exemplos incluem mudanças na taxa total de fertilidade e nas taxas de mortalidade e morbidade maternas.

Dois tipos de quadros de referência são comummente utilizados para planear e organizar a formulação de uma intervenção ou serviço e o seu plano de M&A: quadros lógicos e quadros conceptuais.

FIGURA 4. Níveis da sequência de resultados



## QUADROS LÓGICOS

Desde a elaboração, em 1969, de uma abordagem de quadro lógico para a USAID (Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional), os quadros lógicos (também denominados Modelos Lógicos) foram adoptados, depois de várias adaptações, por várias organizações de desenvolvimento internacional e bilateral.

A Figura 5 mostra os elementos de um Quadro Lógico.

O Quadro Lógico ajuda os gestores e as equipas a responder a quatro perguntas principais:

1. O que queremos realizar e por quê?
2. Como mediremos o sucesso?
3. Que condições devem existir em cada fase da nossa intervenção?
4. Que recursos e processos serão necessários para chegarmos lá?

Os Quadros Lógicos ajudam a identificar as conexões causais da sequência de resultados: insumos → processos (actividades) → produtos → resultados a médio e longo prazo → impacto. Essas conexões causais determinam a lógica da intervenção e orientam a selecção de indicadores para cada fase da sequência de resultados.

FIGURA 5. Elementos típicos de um quadro lógico

| Objectivos | Indicadores | Formas de verificação | Pressupostos |
|---|---|---|---|
| **Meta**<br>O objectivo final ou impacto pretendido da intervenção | Medidas usadas para avaliar até que ponto as metas foram atingidas | Métodos e fontes de informação para medir ou avaliar os indicadores de metas | Factores ou condições necessários para a sustentabilidade a longo prazo |
| **Propósito/Resultado**<br>Mudanças ou benefícios esperados a serem conseguidos para utentes, comunidades, organizações ou sistemas | Medidas usadas para avaliar até que ponto foi alcançado o propósito ou resultado | Métodos e fontes de informação para medir ou avaliar indicadores de propósito/resultado | Factores ou condições necessários para o sucesso do programa nesse nível e passagem para o seguinte nível |
| **Produtos**<br>Resultados directos e tangíveis das actividades do programa que deverão atingir o propósito | Medidas usadas para avaliar até que ponto os produtos foram apresentados | Métodos e fontes de informação para medir e avaliar os indicadores de produtos | Factores ou condições necessários para o sucesso do programa neste nível e passagem para o seguinte nível |
| **Processos/ Actividades**<br>Medidas tomadas por um programa para atingir os objectivos definidos | **Insumos/Recursos**<br>Pessoal, tempo, materiais e fundos necessários para executar as actividades | Métodos e fontes de informação utilizados para mostrar que as actividades foram concluídas | Factores ou condições necessários para o sucesso do programa neste nível e passagem para o seguinte nível |

TABELA 1. Visão geral do quadro lógico

| Vantagens | Desvantagens |
|---|---|
| ■ Melhora a qualidade dos planos de intervenção ao exigir a definição de indicadores e objectivos claros e a análise de pressupostos e riscos.<br>■ Quando usado regularmente durante uma intervenção, é uma ferramenta de gestão eficaz para orientar a implementação e a M&A.<br>■ Resume a elaboração de planos complexos.<br>■ Apoia a preparação de planos de implementação detalhados. | ■ Pressupõe uma relação linear entre insumos-produtos-resultados que não leva em consideração outros factores de influência.<br>■ Se usado rigidamente durante o processo de formulação, poderá restringir a criatividade e a inovação.<br>■ Se não for actualizado durante a implementação, pode ser uma ferramenta estática que não reflecte as condições em mudança.<br>■ Geralmente, a formação e o acompanhamento são necessários para usar esse método correctamente. |

Para entender como um Quadro Lógico explicita a lógica de uma intervenção, examine novamente a Figura 5. Uma série de relacionamentos condicionais ("se..., então...") conecta cada componente do Quadro Lógico.

1. *Se* os recursos necessários estiverem disponíveis, e supondo-se que as condições sejam favoráveis, *então* as actividades do programa podem ser implementadas, e...
2. …*se* as actividades do programa forem implementadas com sucesso, e supondo-se que existam condições favoráveis específicas, *então* os produtos e resultados esperados poderão ser alcançados, e...
3. …*se* os produtos e resultados esperados forem alcançados, e supondo-se que existam as condições favoráveis específicas, *então* a meta estratégica poderá ser atingida.

O Quadro Lógico pode ser útil na conceptualização de um projecto durante o período de planeamento, e na avaliação do progresso e aplicação de medidas correctivas durante a implementação. Como qualquer outro quadro de referência, ele possui vantagens e desvantagens, como mostra a Tabela 1.

O Apêndice A deste capítulo fornece um exemplo de Quadro Lógico para um programa de visita domiciliar desenvolvido pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento.

## QUADROS CONCEPTUAIS

Estes são semelhantes aos Quadros Lógicos no sentido de que descrevem uma sequência de resultados, mas levam em consideração as razões subjacentes de por que ocorrem as mudanças ao longo da sequência de resultados. Enquanto os Quadros Lógicos simplesmente afirmam que as actividades trarão resultados ainda maiores, os quadros conceptuais permitem mapear os factores que, na sua opinião, são críticos e explicam porque esses factores são importantes para o sucesso.

Este tipo de mapeamento ajuda a decidir que factores devem ser monitorados durante a implementação das actividades. Quando os dados mostram que esses elementos críticos foram ou não alcançados, pode-se compreender melhor por que uma intervenção teve ou não sucesso e o que poderia ser modificado no futuro.

Veja as vantagens e desvantagens dos quadros conceptuais na Tabela 2.

TABELA 2. Visão geral do quadro conceptual

| Vantagens | Desvantagens |
|---|---|
| ■ Fornece um mapeamento visual e flexível de planos de intervenção complexos<br>■ Quando usado regularmente durante a implementação, permite uma retroinformação antecipada do que está ou não a funcionar, e por quê<br>■ Auxilia na identificação de efeitos colaterais não previstos<br>■ Ajuda a priorizar os problemas a serem investigados mais profundamente, talvez ao usar métodos mais focalizados de recolha de dados ou técnicas mais sofisticadas de M&A. | ■ Pode se tornar extremamente complexo se a escala de actividades for muito grande ou se for reunida uma lista exaustiva de factores e pressupostos<br>■ Os grupos de interesse podem discordar sobre os factores determinantes que consideram ser os mais importantes |

O modelo conhecido como Caminho de Mudança (*Pathway to Change*) é um exemplo particularmente útil de um quadro conceptual. Esse modelo utiliza um formato de condicionalidade ("se... então...") para mostrar, passo a passo, como os resultados a médio e longo prazo foram conceptualizados e como serão alcançados. A Figura 6 é um exemplo de aplicação do Caminho de Mudança em um projecto de saúde de seis meses de duração e âmbito municipal, na Nicarágua.

**Caminho de Mudança.** Tratamos deste modelo neste capítulo devido à sua utilidade para os gestores e seus benefícios como actividade de fortalecimento de uma equipa. O estabelecimento de um Caminho de Mudança é geralmente um processo participativo que permite que a sua equipa ou unidade e outros grupos de interesse formulem uma intervenção e determinem como ela vai funcionar. O produto final é um mapa que mostra como uma acção está relacionada com outras e como todas elas acrescentam algo ao resultado esperado. Frequentemente, o estabelecimento de um caminho expõe as crenças subjacentes que as pessoas de uma organização mantêm sobre a forma em que suas acções promovem mudanças.

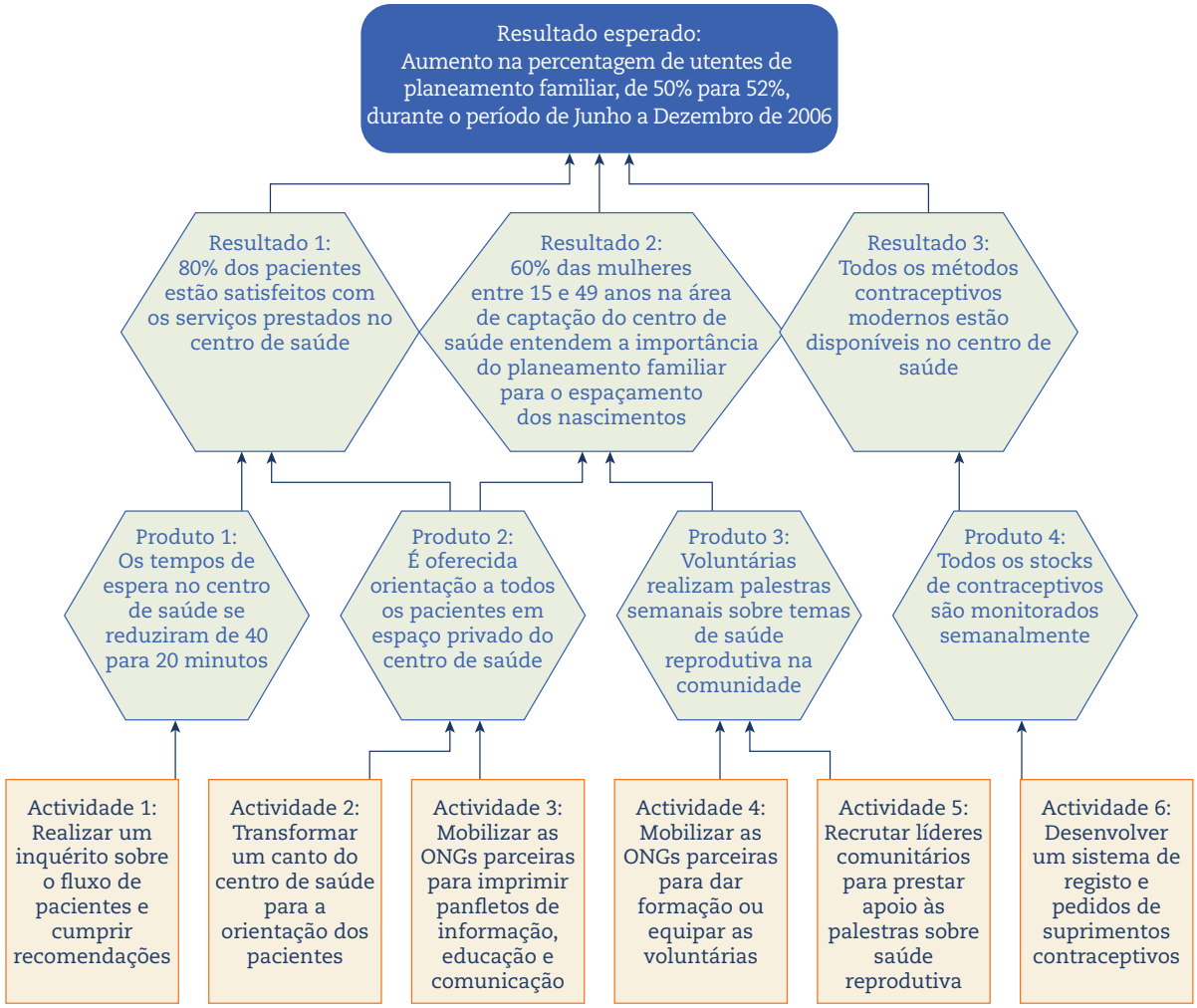
A criação de um Caminho de Mudança tem vários benefícios. Em primeiro lugar, exige que a sua equipa examine cada acção proposta e responda às seguintes perguntas:

- Todas as actividades contribuem para o resultado esperado? Se a resposta for negativa, algumas actividades deveriam ser modificadas, acrescentadas ou eliminadas?
- As actividades são sequenciais? Elas estão relacionadas de uma forma lógica? Elas se somam umas às outras para formar um conjunto racional e coerente de acções?
- Pensamos em todos os produtos e resultados necessários para atingir nosso resultado esperado?
- Temos os recursos necessários para implementar as actividades propostas?
- Em quanto tempo atingiremos o resultado que desejamos?
- Que outros factores podem contribuir ou entravar cada uma das actividades do caminho?

Em segundo lugar, sua equipa deve tornar explícita e chegar a um acordo sobre a lógica subjacente de um plano de intervenção. Em outras palavras, deve mostrar, no papel, como cada acção resultará na mudança desejada em cada nível do mapa. Por último, o caminho define que resultados imediatos e resultados a médio e longo prazo a equipa deve monitorar e que indicadores devem usar.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

FIGURA 6. Exemplo de um Caminho de Mudança




**Como se lê um mapa de Caminho de Mudança?** O caminho pode ser lido como um fluxograma, em que caixas e setas mostram a relação entre as acções e os efeitos, como mostrado na Figura 6. O resultado esperado aparece no topo do caminho, e os resultados imediatos que devem ser atingidos para se chegar lá são exibidos no próximo nível. Os produtos que devem ser obtidos para conseguir os resultados a médio e longo prazo aparecem no próximo nível inferior. Finalmente, as actividades aparecem no fundo ou base.

Quando lido de baixo para cima, o mapa mostra que actividades são necessárias para conseguir os produtos e que resultados a médio e longo prazo são necessários para se chegar ao topo. É preciso sempre poder traçar um caminho desde o começo de suas acções até o resultado esperado.

Pode ser útil imaginar o caminho como o organigrama de uma empresa: você pode começar da base do organigrama como assistente administrativo, passar a coordenador de escritório, depois a uma função de gestão e, finalmente, ocupar o gabinete do director.

**A criação de um Caminho de Mudança.** Para desenvolver um Caminho da Mudança, sua equipa mapeia a mudança de forma reversa. Começa no final do caminho (no topo da

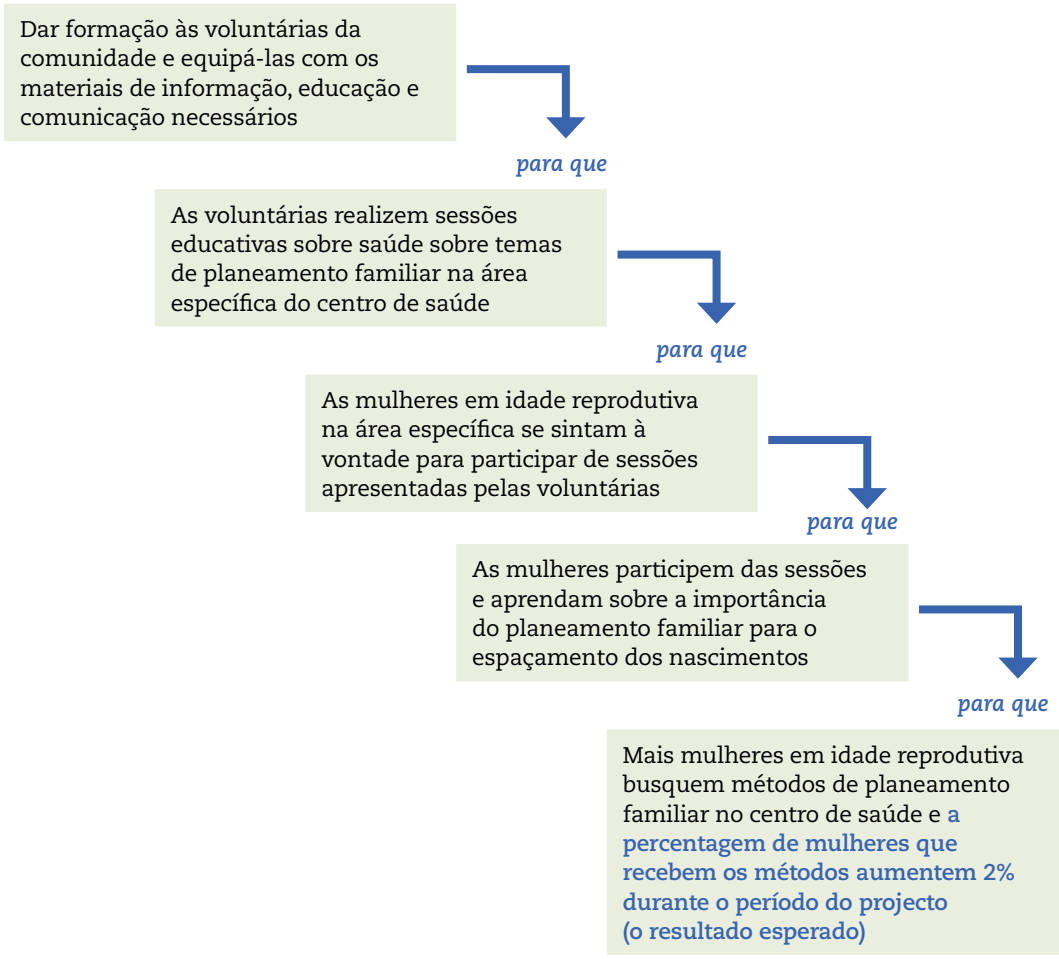
sequência) e define a meta da organização a longo prazo ou o resultado esperado de uma intervenção. Em seguida, preenche o mapa, ao trabalhar de cima para baixo, onde identifica finalmente as actividades principais: os primeiros elementos do seu plano de implementação.

Enquanto se desloca pelo caminho, faça três perguntas: Que resultados precisam acontecer para contribuir à meta de longo prazo? Que produtos precisam ser obtidos antes disso para alcançar os resultados? Que actividades precisam acontecer antes disso para conseguir os produtos?

O desenho de uma intervenção dessa forma pode ajudar a revelar as condições necessárias para atingir os resultados a médio e longo prazo e a meta de longo prazo. Talvez sejam necessárias várias tentativas para criar um Caminho de Mudança com o qual todos estejam de acordo. Os resultados, produtos e acções podem ser acrescentados, modificados e eliminados até que eventualmente surja um mapa que conte a história com a qual sua equipa pode concordar. O debate é frequentemente a parte mais importante da experiência, porque a equipa, junta, define as expectativas, pressupostos e características do processo de mudança.

**Uso da sequência "para que" como forma de verificar as vias de um Caminho de Mudança.** Uma boa forma de verificar a lógica do mapa do seu caminho é inverter o processo e criar uma sequência de "para que" para cada actividade. O exemplo na Figura 7 mostra como fazer isso para a Actividade 5 da Figura 6. O movimento na sequência "para que" é o

FIGURA 7. Sequência "para que" para uma actividade de um Caminho de Mudança



oposto exacto do Caminho de Mudança. Você coloca cada actividade no topo da sua própria sequência e desce pela sequência até a meta ou resultado esperado. Essa sequência ajuda a confirmar que cada rota individual no Caminho de Mudança faz sentido em termos lógicos.

Para usar essa técnica, é preciso criar uma sequência "para que" para cada actividade no seu Caminho de Mudança. Comece por descrever cada actividade e segui-la da frase "para que", seguida de uma descrição do que acontecerá se essa actividade for realizada. Continue a fazer isto até atingir a sua meta de longo prazo ou resultado esperado.

## Etapas do desenvolvimento de um plano de M&A

Uma das suas tarefas essenciais de M&A como gestor que exerce liderança é a de elaborar um plano que ajude você e sua equipa a determinar se atingiram ou não os resultados esperados, e a acompanhar o progresso no alcance desses resultados durante a implementação. Isso exige que você não só escolha indicadores confiáveis, mas também que meça esses indicadores de forma organizada. Seu plano de M&A deve especificar que indicadores serão medidos, como e quando serão medidos, e por quem.

Um plano de M&A bem formulado responde a cinco perguntas:

1. Seu resultado esperado é mensurável?
2. Que indicadores utilizará para monitorar seus produtos e para avaliar seus resultados?
3. Quais são as suas fontes de dados e como recolherá os dados dessas fontes?
4. Quais são os períodos cobertos de cada indicador?
5. Quem recolherá os dados?

Essas perguntas são importantes porque, sem um plano válido de M&A, você poderá interpretar erroneamente os efeitos da sua intervenção. Poderá concluir que ela não teve efeito algum quando, na verdade, ela teve alguns resultados positivos, ou poderá concluir que ela teve um efeito positivo quando, na verdade, não obteve resultado algum, o que é um erro comum e mais destrutivo.

Elaborar e utilizar um plano de M&A garante que dados comparáveis serão recolhidos regularmente e em tempo hábil, mesmo quando houver mudanças de pessoal. A Tabela 3 resume as etapas no desenvolvimento e implementação de um plano de M&A. O resto desta secção descreve cada etapa detalhadamente.

### ETAPA 1: DEFINA OS RESULTADOS ESPERADOS

A primeira etapa no desenvolvimento do plano de M&A é determinar um nível apropriado de resultados. Juntos, o tipo e o âmbito da intervenção, os recursos disponíveis e o prazo de implementação determinam um resultado viável.

Como já vimos antes neste capítulo, as intervenções dirigidas por organizações com fundos de agências doadoras e por serviços governamentais geralmente levam a produtos ou resultados a médio e longo prazo. Apesar de o impacto demorar a ser obtido e geralmente estar fora do âmbito de um único conjunto de actividades, é importante incluí-lo no seu plano de M&A para que fique clara qual será a contribuição da sua intervenção a longo prazo.

TABELA 3. Etapas para elaborar e usar um Plano de M&A

| Etapas | Recomendações |
|---|---|
| 1. Definir os resultados esperados | ■ Os resultados devem ser identificados de acordo com o âmbito e o período de tempo da sua intervenção.<br>■ Os resultados devem atender aos critérios SMART (Específicos, Mensuráveis, Apropriados, Realistas, de Prazo Definido) |
| 2. Seleccionar os indicadores | ■ Os indicadores devem possuir as qualidades de um bom indicador.<br>■ Os indicadores devem ser acessíveis, fáceis de recolher, e comparáveis ao longo do tempo e em diferentes locais.<br>■ Para os problemas de saúde prioritários e os serviços essenciais, use indicadores críticos nacionais ou padrão.<br>■ Seleccione um número mínimo de indicadores essenciais e procure garantir que os indicadores seleccionados sejam realmente necessários para medir seus resultados esperados. |
| 3. Identificar as fontes de dados | ■ Identifique de onde virão os dados para cada indicador. Fontes de dados comuns incluem estatísticas de serviços , registos organizacionais, utentes ou a comunidade. |
| 4. Definir os métodos de recolha dos dados | ■ Seleccione o método mais apropriado e confiável para a recolha de dados para cada indicador. Estes métodos podem incluir a análise de registos ou diários de estatísticas de serviço, o uso de listas de verificação para fins de observação, as entrevistas de utentes ao saírem da clínica, ou um modelo de inquérito de dados comunitários.<br>■ Decida sobre a frequência da recolha de dados. Poderá recolher apenas os dados de base ou referência e os dados após a intervenção, ou talvez precise recolher dados diários, mensais ou trimestrais, dependendo do tipo de indicador.<br>■ Para cada indicador, designe a responsabilidade pela recolha a um escritório, equipa ou pessoa específicos. |
| 5. Recolher os dados de base (ou referência) e os dados após a intervenção | ■ Entenda que os resultados de base serão usados para definir os seus alvos.<br>■ Defina claramente a duração coberta pelos dados de base, já que precisa de um período semelhante para a comparação ao final do período de implementação.<br>■ Use a mesma metodologia e ferramentas para a recolha de dados que as usadas para os dados de base e as medidas pós-intervenção. |
| 6. Compartilhar e utilizar os seus resultados | ■ Marque reuniões, workshops e apresentação de relatórios para mostrar os resultados ao pessoal do projecto, à direcção da organização e a outros grupos de interesse importantes<br>■ Apresente as opções de aprendizado e acção com base nos resultados de M&A. |

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Para determinar em que nível deve monitorar e avaliar seus resultados, é útil examinar novamente e expandir a cadeia de resultados, a começar da direita pelo resultado final (impacto), e voltar até os materiais e recursos (insumos) necessários.

Insumos → Processos → Produtos → Resultados → Impacto

- **Impacto:** Esses resultados são medidos ao nível da população, levam um tempo relativamente longo para serem alcançados (geralmente 3 a 5 cinco anos), e exigem o esforço conjunto de várias intervenções e mesmo de várias organizações. Como gestor, você poderá ser responsável por medir o impacto, mas deve incluí-lo na lógica do seu plano de M&A para saber o que a sua organização e os parceiros da organização pretendem alcançar a longo prazo.
- **Resultados a médio e longo prazo:** Na maioria dos casos, os gestores são responsáveis por medir os resultados nos níveis de produtos e/ou resultados a médio e longo prazo. Os resultados a médio e longo prazo são obtidos pelas actividades criadas para produzir uma mudança de comportamento nos profissionais de saúde ou nos utentes. São geralmente medidos em termos de mudanças na cobertura de serviços e mudanças nos conhecimentos, atitudes e práticas de uma população beneficiária.
  Um resultado a médio e longo prazo pode ser o início de uma prática comprovada de prestação de serviços, a adopção de novas estratégias de gestão, ou a elaboração bem-sucedida de uma política de promoção da saúde. Pode também ser um aumento no número de mulheres que dão à luz em um centro de saúde ou no número de crianças totalmente imunizadas. Na maioria dos casos, é possível estabelecer uma relação clara entre produtos e resultados a médio e longo prazo.
- **Produtos:** Os produtos ou resultados imediatos são fruto directo das actividades. Devem ser monitorados durante toda a implementação como um elemento essencial da boa gestão. Os planos de M&A devem definir o produto esperado de cada actividade. Para as unidades de prestação de serviços, isso geralmente significa os resultados imediatos em termos dos serviços (por exemplo, número de utentes atendidos ou tempo de espera dos clientes ou utentes).
  Para as organizações que não prestam serviços de saúde directamente, isso pode significar a distribuição de produtos de saúde ou serviços de formação (por exemplo, quantidade de produtos para planeamento familiar distribuídos ou número de participantes formados).
- **Processos:** A monitoria de processos ou actividades é em grande parte uma medida da cultura de prestação de contas (ou grau de responsabilização), ao garantir que as actividades sejam realizadas dentro do prazo e com recursos suficientes. A monitoria nesse nível acompanha o progresso da implementação tendo como referência os prazos propostos, e o uso dos recursos tendo como referência os orçamentos. É geralmente executada através da apresentação de relatórios tradicionais trimestrais, semestrais e anuais.
- **Insumos:** Ao preparar uma intervenção, deve identificar a quantidade e os tipos de recursos necessários para implementar as actividades. O desempenho pode ser monitorado em termos da quantidade e dos tipos de insumos fornecidos, e do número e *timing* das actividades realizadas.

A etapa seguinte na definição dos resultados esperados é garantir que cumpram os critérios SMART (consulte a Tabela 4). É possível monitorar e avaliar o progresso no alcance de um resultado apenas se esse resultado tiver sido definido em termos mensuráveis.

TABELA 4. Critérios de um resultado SMART

| Critério | Descrição |
|---|---|
| **Específico (S – *Smart*)** | Claramente escrito e compreendido. O resultado esperado é suficientemente específico para ser medido por uma frequência, percentagem ou número. |
| **Mensurável (M – *Measurable*)** | É possível monitorar o progresso e avaliar os resultados. O resultado esperado é definido em termos que sejam mensuráveis. |
| **Apropriado (A – *Appropriate*)** | O resultado esperado é apropriado ao âmbito do seu trabalho e à missão da sua organização. |
| **Realista (R – *Realistic*)** | O resultado esperado pode ser alcançado e está dentro do controlo da sua organização. Pode ser realisticamente alcançado ao usar os recursos disponíveis e dentro do prazo do seu plano de implementação. |
| **de Tiempo limitado (T – *Time Bound*)** | Foi estabelecido um prazo específico para obter o resultado esperado. |

Veja a seguir um exemplo de um resultado mensurável para uma intervenção cujo propósito é promover a cobertura de imunização em crianças de 12 a 24 meses de idade: *A percentagem de crianças de 12 a 24 meses totalmente vacinadas na área de captação aumentará para 70% dentro de um ano.*

## ETAPA 2: IDENTIFIQUE OS INDICADORES E SUAS DEFINIÇÕES

Os indicadores são geralmente percentagens ou proporções que representam o alcance de uma condição específica de saúde na população de interesse. Podem também ser um valor absoluto, tal como o número de ocorrências de um evento de saúde (por ex., um óbito materno ou um caso de malária).

Todos os indicadores pedem uma definição detalhada. Trata-se de um indicador qualitativo ou quantitativo? Se for uma percentagem, qual é o numerador e qual é o denominador? A definição deve ser suficientemente detalhada para garantir que pessoas diferentes em momentos diferentes possam recolher tipos idênticos de dados para o indicador.

Veja o que caracteriza um bom indicador no Quadro 2. Os indicadores podem ser classificados como indicadores do estado de saúde ou do desempenho de serviços.

Os indicadores do estado de saúde podem incluir o seguinte:

- número de casos e mortes causados por doenças específicas em um determinado período;
- proporção da população com uma doença ou condição de saúde num momento particular ou ao longo de um período de tempo;
- proporção da população com um factor ou condição de saúde que os coloca em risco de contrair doenças, tal como a falta de conhecimento ou um comportamento de risco.

Os indicadores de desempenho podem incluir o seguinte:

- proporção de uma população beneficiária que recebeu um serviço específico;
- proporção de uma população beneficiária que demonstra comportamentos e conhecimentos específicos de saúde;

**QUADRO 2. Qualidades de um bom indicador**

**Válido:** O indicador mede o que se pretende medir.

**Confiável:** A medida do indicador deve ser igual, não importa quantas vezes a medida seja feita.

**Preciso:** O indicador é definido em termos claros e específicos para que possa ser medido. O indicador pode ser qualitativo (descritivo), discreto (Sim/Não) ou baseado em níveis quantitativos ou proporções, desde que seja claramente mensurável.

**Fácil de entender:** Tanto especialistas como não especialistas devem poder entender o significado do indicador.

**Discreto:** O indicador captura um único componente ou aspecto de um resultado mais complexo. Mede apenas uma coisa, não um conjunto de coisas.

**Em tempo hábil:** O indicador pode ser medido em intervalos temporais apropriados, de acordo com a disponibilidade dos dados.

**Comparável:** Quando possível, o indicador evita definições limitadas ou singulares cujos valores seriam difíceis de comparar com outros resultados.

**Viável para utilizar:** Os dados para o indicador são fáceis de obter de uma fonte confiável e relativamente económica – acessível, tendo em vista os recursos da sua organização. Se esses dados não estiverem disponíveis, existem métodos para obtê-los no futuro.

- proporção de centros e pessoal de saúde que demonstram adesão a padrões específicos de serviço ou que atingiram objectivo definido
- proporção de centros de saúde que seguem padrões definidos de gestão funcional (por ex., em termos de pessoal, disponibilidade de medicamentos, registo e apresentação de relatórios).

Orientação adicional sobre os indicadores pode ser obtida em: "Compêndio de indicadores para avaliação de programas de saúde reprodutiva" e "Lista dos indicadores sobre desenvolvimento da capacidade de gestão e liderança."

## ETAPA 3: IDENTIFIQUE AS FONTES DE DADOS

Agora precisa identificar uma fonte de dados para cada indicador incluído no plano de M&A, ao seleccionar dados que estejam prontamente disponíveis em uma fonte confiável e dentro das possibilidades financeiras de sua organização. O ideal seria escolher os dados imediatamente disponíveis através da organização em vez de dar início a uma nova estratégia de recolha de dados, o que poderia ser oneroso e demorado.

Uma boa forma de começar é com a seguinte pergunta: Que dados já recolhemos de forma rotineira e sistemática? Você deve sempre levar em consideração as vantagens e desvantagens de cada fonte de dados. Consulte a secção "Como seleccionar suas fontes de dados" para obter mais informações sobre as vantagens e desvantagens de algumas fontes de dados mais comuns.

Você deve ser o mais específico possível sobre as fontes de dados, para que a mesma fonte possa ser utilizada de forma coerente durante toda a intervenção. Mudar as fontes de dados para o mesmo indicador pode resultar em incoerências e erros de interpretação. Por exemplo, se estiver a medir as taxas de mortalidade infantil, passar de estimativas baseadas num inquérito de grande escala para estimativas baseadas em estatísticas hospitalares pode resultar dar a falsa impressão de que houve uma mudança.

## ETAPA 4: DEFINA OS MÉTODOS DE RECOLHA DE DADOS

A etapa seguinte é a de definir os métodos ou ferramentas que utilizará para cada indicador. Para os indicadores baseados em **dados primários** (dados que você mesmo recolhe), deve descrever o tipo de instrumento necessário para recolher os dados. Os exemplos podem incluir questionários estruturados, listas de verificação de observação directa, ou balanças para pesar bebés.

Para os **dados secundários** (dados recolhidos por terceiros e que estão disponíveis para você usar), deve explicar o método para calcular o indicador e a fonte dos dados, e fornecer detalhes suficientes sobre o método de cálculo para que outros possam replicá-lo. Lembre-se de que é mais fácil e mais barato usar dados secundários, mas sua qualidade é menos confiável do que a dos dados primários.

Também é importante observar a frequência da recolha dos dados para cada indicador. A depender do tipo de indicador, você poderá recolher os dados mensalmente, trimestralmente, anualmente ou até com menos frequência. Ao definir o programa de recolha de dados para cada indicador, leve em consideração a necessidade de fornecer informações em tempo hábil aos responsáveis por tomar decisões na sua organização. Atribuir responsabilidades pela recolha de dados a indivíduos ou grupos do seu pessoal garantirá que os dados sejam recolhidos dentro do prazo necessário.

As informações das Etapas 1 a 4 fornecem o conteúdo do seu plano de monitoria e avaliação. A Tabela 5 mostra os elementos de um plano de M&A para um programa de mentoria clínica para centros de orientação e testes voluntários.

## ETAPA 5: RECOLHA OS DADOS DE BASE E DE ACOMPANHAMENTO

Recolher dados de base precisos é uma das tarefas mais importantes de M&A. Os dados de base ou referência são o ponto de partida para definir as metas que você e sua equipa pretendem atingir e para acompanhar as mudanças dos indicadores durante todo o período de sua intervenção. Dessa forma, os dados de base ajudam a definir melhor um resultado final esperado.

Você precisará recolher dados de base para cada indicador antes que suas actividades comecem. Esses dados identificam o ponto de partida de onde poderá avaliar o progresso. Depois, em pontos variados durante a implementação, você recolherá dados de acompanhamento sobre cada indicador para compará-los com os níveis de base e os resultados previstos. Isto permite que você e outros tomadores de decisões em sua organização avaliem o progresso de cada intervenção ou serviço e façam as mudanças necessárias ao longo do caminho. Examine o exemplo no Quadro 3.

Por que acompanhar as mudanças dos indicadores durante a implementação? Os indicadores de um plano de M&A estão relacionados aos resultados imediatos (produtos) e aos resultados de médio e longo prazo que os gestores precisam monitorar. As mudanças nos valores do indicador ao longo do tempo mostram se esses resultados estão a subir ou a baixar, ou se permanecem iguais. Isto mostra ao gestor se as intervenções e estratégias estão a funcionar conforme planeado para atingir os resultados esperados.

Ao final do período de implementação, precisará recolher dados sobre os seus indicadores para comparar os níveis finais com os níveis de base e com os seus resultados esperados. A depender dos seus indicadores, precisará também recolher dados de acompanhamento a uma altura acordada previamente, para determinar se as mudanças serão mantidas após o término da sua intervenção.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

## TABELA 5. Exemplo de um Plano de Monitoria e Avaliação

**Objectivo:** Os profissionais de saúde que receberam formação aumentam sua capacidade de fornecer tratamento anti-retroviral de acordo com as directrizes nacionais

| Actividade/ Produto | Indicador | Fonte de dados | Frequência da recolha dos dados | Pessoa responsável | Cronograma/ Prazo final |
|---|---|---|---|---|---|
| Clínicos experientes em VIH recrutados para servir como mentores clínicos em cinco hospitais regionais | Número de mentores recrutados e designados a hospitais regionais | Registos de emprego | Como concluído | Director adjunto para programas clínicos | Setembro de 2008 |
| Pessoal médico em cinco hospitais regionais que recebem mentoria individual sobre terapia anti-retroviral | Número de locais que recebem mentoria clínica<br>Número de médicos que recebem mentoria individual<br>Número de dias de mentoria clínica realizados | Relatórios mensais do mentor | Mensalmente | Mentores | Março de 2009 |
| **Resultados a médio e longo prazo** | **Indicador** | **Fonte de dados** | **Frequência da recolha dos dados** | **Pessoa responsável** | |
| Trabalhadores de saúde aumentam seu conhecimento sobre terapia anti-retroviral | 80% dos participantes obtêm 85% ou mais de pontuação correcta no teste posterior | | | | |
| Trabalhadores de saúde melhoram suas habilidades no fornecimento de terapia anti-retroviral | Percentagem de habilidades demonstradas na lista de verificação de competência | Estudo especial | Datas a definir | Director adjunto para programas clínicos | |

*Fonte:* Centro Internacional de Formação e Ensino sobre VIH, p. 2.

### QUADRO 3. Como usar dados de base para ajustar os resultados

Uma equipa de sobrevivência infantil está a propor uma intervenção com o seguinte resultado mensurável e específico: "Nos próximos 12 meses, 40% das crianças entre 12 e 24 meses de idade na área de captação serão completamente imunizadas".

Para determinar se seu programa pode realmente atingir esse resultado, o pessoal precisa medir os níveis actuais de vacinação. Ao examinar os dados, vêem que apenas 10% das crianças na área de captação estão completamente imunizadas ao completarem 24 meses. Estes são portanto seus dados de base.

A gestora entende que não será possível atingir o objectivo de 40% de cobertura de imunização em apenas 12 meses. Por isso, ela e sua equipa revisam o resultado esperado e o modificam para que seja mais razoável e realista, mas continue sendo significativo: "Nos próximos 12 meses, 20% das crianças de 12 a 24 meses na área de de actuação serão completamente imunizadas.

**Observação sobre o uso de indicadores para uma avaliação.** A maioria dos esforços de M&A enfatizam a selecção de indicadores bem definidos para estabelecer metas e medir as mudanças nas condições e nos serviços de saúde.

Mas é importante lembrar que os indicadores servem apenas como marcadores. Os dados dos indicadores fornecem pistas para saber se uma intervenção ou um grupo de actividades está dentro do cronograma e se os resultados esperados estão a ser alcançados. Eles não respondem às perguntas de *por que* os resultados estão ou não a ser alcançados. Não explicam os resultados fortuitos, as relações entre intervenções e resultados, ou as causas de resultados percebidos que podem ocorrer fora da intervenção. Assim, não podem recomendar medidas a tomar para melhorar os resultados.

Os dados de indicadores devem, portanto, ser interpretados com cuidado. Eles simplesmente indicam resultados que precisam ser melhor explorados, em vez de fornecer uma avaliação definitiva do sucesso ou fracasso. Um estudo de avaliação é geralmente executado para determinar se uma intervenção pode ser considerada um sucesso e por quê.

Em geral, à medida que sobe na hierarquia e passa das actividades para os resultados a longo prazo, a M&A se torna mais complicada. Nos níveis de processo e produtos, pode-se facilmente rastrear que actividades foram concluídas e seus resultados imediatos. Essas informações são operacionais – informações que você pode usar para decisões quotidianas de gestão. Porém, para identificar e medir os resultados da sinergia dos produtos, provavelmente terá que integrar as informações qualitativas e quantitativas e confiar menos em indicadores quantitativos singulares.

Lembre-se de que quando uma melhoria desejada – seja na eficiência do serviço, no conhecimento e comportamento dos provedores de serviços ou dos beneficiários, ou na tendência de um problema de saúde – é confirmada através de M&A, isto não prova que foi a intervenção que provocou a mudança. Outras coisas podem estar a se passar no serviço ou no ambiente geral que causam essa mudança. É claro que o mesmo se aplica aos resultados negativos ou resultados que indicam não haver nenhuma mudança nos resultados a médio e longo prazo.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

### Uso dos resultados para melhorar os dados de rotina em acção – Um exemplo do Paquistão

No Paquistão, com o apoio do projecto PRIDE, 10 equipas de subdistritos aplicaram o Processo de Avaliação e Melhoria do Desempenho em Saúde Pública (PIP-PH), um conjunto de procedimentos e formatos, para tratar dos problemas de saúde que identificaram como os mais graves para as suas populações. Usaram o PIP-PH para priorizar os problemas e serviços que mais precisavam de atenção a curto prazo para obter melhorias.

Como parte do processo PIP-PH, as equipas também conceberam um formato de Estrutura de Vigilância de Saúde ("Health Watch Framework") para os seus subdistritos como um todo e para os centros de saúde dentro deles. Cada equipa seleccionou indicadores para medir a situação de dois problemas de saúde pública, os serviços essenciais a eles relacionados, e as limitações que afectavam esses serviços.

As equipas usaram os formulários Health Watch para estabelecer valores de base para os indicadores e depois para monitorar esses valores à medida que as intervenções prosseguiam ao longo do tempo. Os centros de saúde revisavam e actualizavam o formulário todo mês; as equipas do subdistrito, inclusive gestores de centros de saúde, revisavam e discutiam os formulários trimestralmente os formulários revisados.

As equipas de subdistrito usaram as informações para analisar os motivos do progresso ou falta de progresso, para poderem prestar apoio aos gestores dos centros de saúde. O processo estimulou os gestores dos centros de saúde a melhorarem a integridade e precisão dos dados de rotina para poderem usar as informações e monitorarem mais eficazmente os eventos e os serviços essenciais e introduzirem as melhorias necessárias.

Exemplos e informações detalhadas sobre o PIP-PH e o Health Watch Framework aparecem no Relatório Anual do Projecto PRIDE 2007.

Para se informar mais sobre métodos adicionais de utilização dos dados para melhorar o desempenho de uma organização, equipa, serviço de saúde ou intervenção, consulte o processo de Avaliação e Melhoria de Desempenho *(Performance Assessment and Improvement – PAI)* no website de Programa de Liderança, Gestão e Sustentabilidade *(Leadership, Management and Sustainability – LMS)*.

## ETAPA 6: COMPARTILHE E USE SEUS DADOS

Na pressa para começar a recolher dados, alguns gestores se esquecem de planear um processo para reflectir sobre as informações e fazer mudanças para aumentar a eficiência das actividades. Para garantir que os dados sejam não só recolhidos mas também utilizados, pense como você e sua equipa divulgarão as informações sobre M&A e obterão retroinformação dos diversos grupos de interesse. Algumas perguntas básicas servirão para lhe orientar:

- Quem precisa de que tipo de informações e quando precisam delas?
- Que tipo de formato deve usar para comunicar os resultados ao pessoal, aos gestores de nível superior, e a outros grupos de interesse importantes? É suficiente fazer circular um relatório, ou deveria organizar uma reunião ou workshop?
- Deveria também organizar reuniões com a comunidade para solicitar retroinformação dos seus beneficiários sobre os primeiros resultados da M&A?
- Como deve apresentar as informações para que sejam úteis aos diferentes tomadores de decisões? As informações devem ser apresentadas visualmente, em diagramas, gráficos ou mapas? Para obter orientação sobre dados e resultados, consulte o Guião de M&A para Facilitadores de Programas de Desenvolvimento da Liderança.

O processo de Monitoria e Avaliação deve ser executado com o objectivo de usar imediatamente os resultados para identificar as falhas de desempenho e tomar medidas para reduzir ou eliminar essas falhas. Você deve sempre planear formas de usar os resultados de M&A para o aprendizado e a acção. Por exemplo, o que deve fazer se as actividades do projecto não trouxerem os resultados esperados? O que precisa mudar, se os serviços essenciais não estiverem a fornecer os níveis de cobertura previstos ou a alcançar grupos específicos de pessoas? E como você pode levar esses fatos à atenção das pessoas certas para obter uma resposta rápida?

## Desenho de uma ferramenta de M&A

### ARMADILHAS DA MONITORIA E AVALIAÇÃO

Há várias armadilhas comuns que impedem que você, como gestor, aperfeiçoe a função de M&A na sua organização.

- **Planeamento excessivo ou insuficiente.** Alguns gestores podem gastar tempo demais a preparar o plano de M&A, do que resultam planos muito elaborados e complicados de usar. Outros ficam muito ansiosos por implementar as intervenções de M&A e começam antes de concluir o plano de M&A. Isso significa que, quando o plano fica pronto, é geralmente tarde demais para obter dados de base viáveis, e a M&A tem que ser adiada. Nesses casos, o gestor talvez tenha que aceitar fazer a avaliação mais tarde, sem os dados de base que poderia usar para a comparação.
- **Descuidar-se da monitoria contínua.** Outra armadilha frequente é a falha em incluir a monitoria contínua na implementação das actividades. Isto ocorre frequentemente por falta de experiência. Muitos gestores não tiveram acesso a ferramentas de monitoria úteis (que são raras). Talvez não tenham recebido prontamente os resultados ou a retroinformação do sistema de M&A no passado e, por isso, não percebem como é importante realizar a monitoria de rotina. Além disso, gestores podem facilmente se emaranhar nos detalhes da implementação e descuidar-se da monitoria de rotina.
- **Exagerar.** Outra armadilha relacionada à monitoria é tentar rastrear os dados de todos os indicadores possíveis. Tentar obter os dados sobre um número excessivo de factores torna o processo de monitoria tão complicado que se torna impreciso. Isso também torna o processo mais lento, de modo que no momento em que os dados são recolhidos e analisados, eles já não são mais úteis. As ferramentas de monitoria muito demoradas e complicadas acabam por não ser usadas. O que acontece, então? O gestor deixa totalmente de fazer a monitoria e tem que recorrer à avaliação.

Se já se deparou com esses problemas, é hora de mudar a sua táctica. Você pode criar um plano de M&A simples e usar ferramentas de monitoria simples. Descubra o que tem que medir para obter os dados dentro de 3 a 6 meses; o prazo vai depender dos ciclos de planeamento e apresentação de relatórios da sua organização. Entenda também qual é o mínimo que deve ser medido em uma avaliação de longo prazo. Busque a simplicidade, mesmo se estiver diante de um conjunto complexo de actividades.

Tente incluir apenas o que realmente precisa saber. Pode testar todos os indicadores propostos antes de incluí-los no planeamento de M&A, ao perguntar: Quem precisa usar essas informações, quando, e com que finalidade? Se um único indicador de produtos for suficiente, perfeito! Não sobrecarregue a monitoria com indicadores desnecessários. Muitas vezes, menos dados fornecem mais informações.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

## CARACTERÍSTICAS DE UMA BOA FERRAMENTA DE MONITORIA

Como gestor, não precisa saber tudo para gerir um serviço ou dirigir uma intervenção, mas precisa das informações imediatamente. Portanto, precisa de uma ferramenta de monitoria que possa fornecer informações suficientes e em tempo hábil para identificar e corrigir problemas assim que eles surgirem.

Uma ferramenta de monitoria deve ser fácil de montar e utilizar. As tabelas, listas de verificação e diagramas simples são métodos particularmente úteis de recolher, organizar e apresentar informações de monitoria.

No mínimo, sua ferramenta de monitoria deve permitir que você e sua equipa acompanhem:

- o progresso da implementação da actividade;
- a entrega de produtos ou resultados imediatos;
- a situação dos principais indicadores de resultados, comparados aos resultados esperados, se for o caso;
- as despesas orçamentais;
- a disponibilidade de recursos humanos e financeiros;
- os obstáculos à implementação e o que tem sido feito para superá-los.

Você terá que responder às seguintes perguntas, periodicamente:

- As actividades foram implementadas conforme planeado, dentro do prazo e do orçamento?
- Que actividades adicionais, não planeadas, foram realizadas?
- Que serviços ou produtos directos e tangíveis foram oferecidos como resultado das actividades que implementamos?
- Estamos dentro do cronograma para atingir nossos resultados a médio e longo prazo?
- Possuímos os recursos necessários (pessoal, dinheiro, medicamentos e suprimentos, etc.) para cumprirmos o cronograma?

O Quadro 4 apresenta os componentes básicos de uma ferramenta simples de monitoria.

**QUADRO 4. Uma ferramenta simples de monitoria**

| Data de exame: | | Metas de resultados: | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividades (segundo o plano de implementação) | Situação até o momento | Resultados esperados | Datas para conclusão | Situação até o momento | Comentários |
| | | | | | |
| Desafios e oportunidades: | | | | | |

Quando usadas correctamente, as novas tecnologias (por ex., os PDAs, "smartphones", laptops e outros) podem facilitar a monitoria e aumentar os benefícios da monitoria das actividades. A monitoria automatizada – dados que podem ser obtidos e processados automaticamente – podem produzir um resumo dos principais indicadores em uma só página, fácil de ler e num formato que utiliza cores para alertar ao gestor sobre as áreas que precisam de maior atenção. As informações obtidas em tempo hábil sobre alguns indicadores essenciais permitem que o gestor monitore o progresso e tome medidas correctivas.

Essa apresentação visual das informações mais importantes e necessárias para gerir um projecto é geralmente conhecida como Painel de Indicadores de Desempenho. Os painéis de indicadores de desempenho podem ser usados em qualquer organização, departamento ou divisão. Nas organizações de saúde pública, os painéis são usados frequentemente para monitorar os indicadores financeiros e programáticos, bem como a cobertura, produção, eficácia e qualidade de serviços de saúde específicos. Um painel de recursos humanos, por exemplo, incluiria indicadores relevantes para gerir o seguinte:

- retenção de funcionários
- rotatividade de funcionários
- formação de funcionários
- lacunas de habilidades
- satisfação dos funcionários
- custos, benefícios e despesas gerais com funcionários

A Tabela 6 mostra um painel de indicadores de desempenho criado para monitorar serviços de contracepção cirúrgica voluntária (CCV).

### TABELA 6. Ilustração de Painel de Indicadores de Desempenho para Serviços de Contracepção Cirúrgica Voluntária (CCV)

**Serviço: Contracepção Cirúrgica Voluntária**
**Período do Relatório: Janeiro de 2009**

| Nº. | Indicador de Prestação de Serviços / Custo / Qualidade | Meta financeira ou programática/ Limiar | | Número alcançado | Percentagem concluída | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Mín. | Máx. | | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 1 | Número de CCVs realizadas no mês | 8 | 10 | 7 | | | | | | | | | | |
| 2 | Custo médio das CCVs (US$) | 100 | 120 | 110 | | | | | | | | | | |
| 3 | Orçamento mensal da receita com CCVs realizadas (US$) | 800 | 1200 | 770 | | | | | | | | | | |
| 4 | Percentagem das CCVs realizadas por pessoal qualificado | — | 100% | 60 | | | | | | | | | | |
| 5 | Percentagem das CCVs realizadas sem complicações | 95 | 100 | 100 | | | | | | | | | | |
| 6 | Percentagem de utentes satisfeitas com o tratamento recebido do pessoal que realizou as CCVs | 90 | 100 | 90 | | | | | | | | | | |

*Adaptado de* Colindres, 2008, p. 6.

Veja uma descrição do uso de um painel de indicadores de desempenho para a monitoria de rotina num estudo de caso estudo de caso de uma ONG da Bolívia, o Centro de Investigação, Educação e Serviços (CIES).

Para obter mais informações de como criar um painel de indicadores, consulte "Como usar os painéis de indicadores de desempenho para monitorar as realizações de uma organização." Esse documento ajuda a esclarecer conceitos e define as etapas essenciais para criar painéis de indicadores de desempenho.

## Como criar uma avaliação para fins de aprendizagem

Apesar da importância da monitoria de rotina, apenas a monitoria não basta para responder à pergunta "E então?". Ou seja, suas actividades e produtos contribuíram para melhorar a cobertura dos serviços, aumentar o conhecimento, ou encorajar comportamentos mais saudáveis?

Talvez uma campanha de comunicação sobre planeamento familiar criada para aumentar a prevalência do uso de contraceptivos tenha levado o governo a abastecer os depósitos distritais com contraceptivos. Para que possam aprender com essa experiência e criar campanhas mais eficazes no futuro, os gestores do projecto ainda querem saber que produtos foram realmente dispensados aos centros de saúde e distribuídos aos utentes. Esta secção discute como criar uma avaliação para fins de aprendizagem.

Existem dois motivos para levar a cabo uma avaliação.

1. A avaliação fornece informações sobre o sucesso da sua equipa, unidade ou organização para atingir seus objectivos. Essas informações ajudam a definir que actividades expandir, modificar ou eliminar. Ela pode também revelar formas de melhorar a concepção e gestão das actividades futuras.
2. A avaliação pode demonstrar uma cultura de prestação de contas à sua agência doadora e a outros grupos de interesse, nomeadamente o governo e os beneficiários dos seus serviços.

### AVALIAÇÕES FORMATIVAS E SUMATIVAS

Os gestores podem realizar dois amplos tipos de avaliações: formativas e sumativas.

**Avaliação formativa.** Este tipo de avaliação é realizada durante o desenvolvimento e implementação de um programa. Seu objectivo é orientar o desenho e a implementação de actividades que incluam as melhores e mais promissoras práticas, que aumentarão as chances de sucesso. A avaliação formativa é mais comummente utilizada por projectos de grande porte ou de longo prazo, em vez de projectos menores e de curto prazo. Porém, os projectos menores devem pelo menos realizar uma avaliação rápida das melhores práticas durante a fase de planeamento para apoiar a lógica e o conteúdo proposto para as actividades.

A avaliação formativa inclui uma avaliação de necessidades para discernir os desejos e requisitos de um grupo da população, e determinar a melhor forma de atendê-los. Inclui também uma avaliação de processo para investigar o processo utilizado para executar uma intervenção. Pode-se usar a avaliação do processo para determinar se as actividades foram realizadas de acordo com o plano – em termos de sua concepção original, estimativas de custos, e número de pessoas a serem atendidas – e se a qualidade dos processos usados está de acordo com as melhores práticas conhecidas.

A avaliação de processo geralmente inclui várias abordagens. Pode incluir uma avaliação dos dados referentes aos produtos (por ex., número de redes mosquiteiras fornecidas, número

de workshops de formação realizados, número de participantes dos workshops), assim como entrevistas individuais ou grupos de enfoque entre os beneficiários. Nas intervenções de menor porte, é uma boa prática realizar uma avaliação de processo, mesmo se limitada à retroinformação dos participantes.

**Avaliação somativa.** Este tipo de avaliação é realizada após a conclusão de um grupo de actividades ou da intervenção para avaliar a qualidade da intervenção e os seus principais resultados. A avaliação somativa inclui a avaliação dos resultados a médio e longo prazo, a avaliação do impacto, a análise de custo-benefício e custo-eficácia, e a investigação operacional.

A avaliação somativa inclui a **avaliação dos resultados a médio e longo prazo**, que avalia em que medida uma equipa, unidade ou organização inteira atingiram seus resultados esperados. A avaliação dos resultados é usada para demonstrar que existe uma cultura de prestação de contas, para aperfeiçoar o projecto de actividades organizacionais, para melhorar a distribuição dos recursos, e para promover intervenções futuras bem-sucedidas. As principais perguntas são: Que modificações ocorreram na vida das pessoas, das famílias ou da comunidade como resultado do nosso trabalho? Que diferença fizemos?

Como observamos anteriormente neste capítulo, os resultados a médio e longo prazo são geralmente mudanças mensuráveis e/ou observáveis em duas dimensões. A primeira dimensão abrange a conscientização, o conhecimento, as atitudes, os valores e as habilidades dos participantes de um programa ou dos beneficiários dos serviços, durante ou depois de seu envolvimento na intervenção. A segunda dimensão implica mudanças no comportamento desses mesmos grupos.

Idealmente, as duas dimensões deveriam ser medidas em três pontos: no começo e no final do período de implementação e, se possível, após um período de acompanhamento adequado. Se a medição do acompanhamento não for viável, pelo menos devem ser comparadas as medições de base e pós-intervenção. Muitas vezes, as mudanças podem ser pequenas, mas deve haver alguma melhoria em pelo menos um ou dois resultados para que a intervenção seja considerada um sucesso.

A avaliação dos resultados tenta distinguir entre a influência da intervenção nessas mudanças e a influência de outros factores externos. Mas, geralmente, os avaliadores terão que optar pela atribuição parcial de um resultado a uma intervenção ou serviço específico, devido à dificuldade em determinar uma relação directa e causal entre o serviço prestado e uma determinada mudança.

As avaliações de resultados utilizam geralmente um desenho não experimental (geralmente denominado "pré e pós-avaliação") que simplesmente mede as mudanças antes e depois de uma intervenção, ou seja, diferente do desenho experimental (que compara os participantes com um grupo de controlo, com designação aleatória a ambos os grupos) ou do desenho semi-experimental (que compara os participantes com um grupo de controlo, mas sem a designação aleatória).

O desenho não experimental é aceitável para as medições e relatórios padrão dos resultados a médio e longo prazo. As ONGs raramente usam os desenhos experimentais. Apesar de uma organização de grande porte e com muitos recursos poder ocasionalmente receber assistência de especialistas para um desenho experimental, a maioria delas acha que as considerações éticas e logísticas impedem a designação aleatória dos participantes aos grupos de intervenção e de controlo. Além disso, o custo de recolher dados de um grupo de controlo será provavelmente muito elevado.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

A **avaliação do impacto** é outro componente da avaliação somativa. É mais ampla do que a avaliação de resultados e avalia os efeitos líquidos ou gerais – tanto intencionais como não intencionais – de todo um programa, grupo de programas ou grupo de organizações. As avaliações de impacto geralmente se estendem por um período de 3 a 5 anos.

## OUTROS TIPOS DE AVALIAÇÕES

**Análise de custo-benefício e custo-eficácia.** Estes tipos de análise tratam da eficiência da intervenção ao analisar os resultados em termos dos seus custos financeiros e do seu valor.

**Investigação operacional.** Trata-se de um balanço ou avaliação de uma intervenção específica no contexto de um programa mais amplo que está a fazer várias intervenções. A investigação operacional é usada para testar e avaliar novas abordagens de prestação de serviços de saúde. É também usada para identificar problemas na prestação de serviços e oferecer soluções.

A investigação operacional é uma ferramenta poderosa que os gestores de programas e os tomadores de decisões podem usar para melhorar e expandir os serviços. Os estudos de investigação operacional comparam intervenções que estão dentro da esfera de influência do gestor. Os exemplos incluem a avaliação da eficácia de uma nova estratégia de prevenção de VIH/SIDA, um novo curso de formação, um novo conjunto de procedimentos para gerir medicamentos, um novo método contraceptivo, ou um novo serviço de saúde reprodutiva.

> O Toolkit de Investigação Operacional do Programa Horizons sobre VIH/SIDA do Population Council fornece informações detalhadas para criar um estudo de investigação operacional.

## CONSIDERAÇÕES PARA A FORMULAÇÃO DE UMA AVALIAÇÃO

**O que avaliar para responder à pergunta "E então?"** Se quiser saber, como gestor, se as suas actividades tiveram realmente sucesso, precisa preparar todas as intervenções tendo em mente a avaliação, e incorporar a avaliação ao seu planeamento organizacional geral. Ao definir objectivos, deve se perguntar: Como saberemos se estamos a atingir esses objectivos? Este é o ponto de partida para a avaliação.

Seja qual for o porte da sua intervenção ou serviço e o alcance da avaliação, precisará responder a três perguntas durante a fase de desenho e planeamento:

1. O que a sua intervenção ou serviço conseguirá realizar a curto e longo prazo? Se implementar um conjunto de actividades com sucesso ao longo do tempo, o que será diferente?
2. Como conceptualiza as suas actividades – qual é a lógica subjacente? Duas abordagens para identificar a lógica do programa são discutidas neste capítulo, na secção intitulada Ferramentas e Abordagens Práticas para M&A.
3. Que indicadores pode usar para identificar o progresso no alcance dos resultados?

Para responder à pergunta "E então?", você precisa avaliar os factores sobre os quais tem um nível razoável de controlo. Por exemplo, um novo serviço criado para oferecer alojamento a pessoas que vivem com SIDA não pode controlar ou afectar a expectativa de vida das pessoas às quais atende. Mas, ao fornecer um ambiente estável para elas viverem, o serviço pode diminuir o nível de stresse e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas que antes eram forçadas a se mudar com frequência.

Depois de tratar da pergunta "E então?", deve também se certificar de que a avaliação seja concebida de forma que, quando o processo estiver concluído, você possa abordar os cinco tópicos principais da avaliação:

1. **Relevância:** Foi uma boa ideia fazer a intervenção, considerando-se a situação e a necessidade de melhorias? Ela tratou das prioridades do grupo alvo ou beneficiário? Por que sim ou por que não?
2. **Eficácia:** Os resultados, produtos e actividades foram realizados? Por que sim ou por que não? A lógica da intervenção é correcta?
3. **Eficiência:** Os insumos (recursos e tempo) foram usados da melhor forma possível para atingir os resultados a médio e longo prazo? Por que sim ou por que não? O que você e sua equipa poderiam fazer de modo diferente no futuro para maximizar os resultados, a um custo aceitável?
4. **Impacto:** Em que medida a sua intervenção contribuiu para as metas nacionais ou de longo prazo? Que consequências não intencionais (positivas ou negativas) suas actividades tiveram? Por que essas consequências aconteceram?
5. **Sustentabilidade:** É provável que os resultados positivos continuem depois que sua intervenção terminar? Por que sim ou por que não?

Uma última advertência: assim como a monitoria, pode-se complicar demasiado a avaliação. Ao preparar um plano de avaliação, o melhor é seleccionar um grupo pequeno de indicadores e resistir à tentação de avaliar todos os aspectos da sua intervenção.

Assim como a monitoria, a avaliação só é útil se as informações forem repassadas em tempo hábil para o gestor e outros tomadores de decisões e grupos de interesse. Um problema comum com as avaliações intercalares é que os resultados geralmente só são informados de 6 a 8 meses mais tarde, o que deixa apenas 1 ou 2 anos para fazer mudanças mais permanentes antes que se esgotem os fundos do governo ou da agência doadora.

## COMO SELECCIONAR SUAS FONTES DE DADOS

Esta secção descreve três tipos de fontes de dados que são comummente usadas para uma avaliação: dados recolhidos rotineiramente, inquéritos de grande escala, e técnicas de avaliação rápida, inclusive a avaliação participativa.

**Dados de rotina.** Os dados recolhidos e analisados rotineiramente por um SIS são denominados "estatísticas de serviço". Pode-se utilizar vários sistemas de informação de serviços de rotina para monitorar os serviços. Alguns deles são: o sistema básico de registo e relatório de SIS; os sistemas especiais de relatórios sobre programas (por ex., tuberculose, malária, imunização, VIH, planeamento familiar, etc.); os sistemas de relatórios sobre agentes comunitários especiais (por ex., registos de agentes comunitários de saúde); o sistema de informações para a vigilância de doenças e o controlo, notificação e resposta a surtos; e os relatórios para os sistemas de suporte especiais (por ex., medicamentos, encaminhamentos e gestão financeira e de recursos humanos).

Esses sistemas fornecem dados que estão imediatamente disponíveis e cujo objectivo é informar o que está a acontecer no sector de saúde. Os dados de rotina incluem, por exemplo, o número de consultas de pré-natal em uma clínica, o número e tipo de vacinações fornecidas no local, ou o número e tipos de contraceptivos fornecidos mensalmente.

Os dados sobre os serviços são geralmente recolhidos pelos centros de saúde ou postos de saúde e enviados para o próximo nível superior do sistema (geralmente o distrito) para serem agregados. Esses dados podem então ser enviados ao próximo nível superior (regional ou provincial) para posterior agregação antes que cheguem finalmente ao nível central do Ministério da Saúde.

Idealmente, os gestores de centros de saúde e ao nível do distrito usam esses dados para orientar as operações diárias, acompanhar o desempenho e a prestação de contas, e tomar decisões que continuem a melhorar o desempenho. Mas há vários obstáculos a essa utilização.

Muito frequentemente, os dados de rotina são imprecisos ou incompletos. Apesar dos que utilizam o SIS tentarem produzir informações de alta qualidade e em tempo hábil, há muitas oportunidades de introduzir erros. Pode haver pouco apoio para que os gestores e seu pessoal se concentrem nos procedimentos correctos de recolha, registo e agregação dos dados.

Os sistemas de saúde de vários países enfatizam a importância de apresentar relatórios para os níveis superiores, mas não estabeleceram procedimentos e incentivos para encorajar aqueles que fornecem informações a utilizá-las, mesmo quando os dados são de boa qualidade.

Outra dificuldade é que as estatísticas sobre serviços fornecem informações apenas sobre os utentes que utilizam os serviços de saúde. Não podem fornecer informações sobre as muitas pessoas que não utilizam os serviços.

Por tudo isso, não se pode confiar apenas nas estatísticas sobre serviços para fazer uma avaliação. Elas são melhor utilizadas para a monitoria de rotina dos problemas de saúde pública e dos serviços essenciais relacionados.

**Inquéritos em grande escala.** Os inquéritos em grande escala são outra fonte de informações imediatamente disponíveis. Incluem inquéritos de base populacional tais como as Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) dos EUA, avaliações completas de centros de saúde como a Análise de Situação do Population Council, e os censos nacionais. Em vários casos, os gestores podem usar os dados de um inquérito em grande escala existente para fornecer o contexto para a interpretação dos dados capturados através das suas próprias avaliações.

Por exemplo, as IDS, são realizadas periodicamente para caracterizar a situação de saúde em um país ou região geográfica de grande extensão, para vários grupos populacionais: homens, mulheres, crianças, bebés, e assim por diante. Mas os dados das IDS não podem normalmente ser desagregados para uso, pelos gestores, no nível de distrito ou comunidade.

Além disso, como as IDS são realizadas apenas a cada três ou cinco anos, as informações que fornecem podem não estar suficientemente actualizadas para as necessidades de avaliação dos gestores. Apesar dessas dificuldades, os dados das IDS são úteis para compreender tendências regionais ou nacionais que podem ajudar a explicar dados recolhidos em uma avaliação de foco específico.

**Avaliações rápidas.** São formas rápidas e económicas de obter informações para a tomada de decisões, principalmente ao nível da actividade. Os exemplos incluem entrevistas quando os utentes saem de suas consultas, as avaliações de pequena escala dos centros de saúde, os inquéritos rápidos por amostragem, o exame analítico de registos, as entrevistas com grupos de enfoque, e outros métodos participativos.

Poderá usar técnicas de avaliação rápida para complementar as informações obtidas com dados de rotina ou inquéritos de grande escala. As avaliações rápidas podem-lhe fornecer informações valiosas sobre sua área de captação e sua área de responsabilidade mais ampla – ou seja, as comunidades e as populações que deveriam ter acesso aos serviços essenciais prestados por um centro de saúde determinado. Elas podem também fornecer contexto e uma compreensão qualitativa dos dados quantitativos recolhidos pelos métodos mais formais.

Dentro da categoria de avaliações rápidas, os métodos participativos e os inquéritos rápidos por amostragem merecem a sua atenção.

**Métodos participativos (também chamados de aprendizagem e acção participativas).** Essas técnicas e métodos visam incorporar o conhecimento e as opiniões dos membros da comunidade no planeamento e gestão de projectos de desenvolvimento, no esforço para influenciar as políticas, e na implementação de programas. Eles permitem incluir vozes da comunidade nas políticas, no planeamento, e nos inquéritos, e criam um senso de propriedade e participação nos resultados de M&A e nas recomendações feitas pela organização e por seus beneficiários.

Ao contrário de outras técnicas de avaliação rápida, os métodos participativos não se baseiam em amostragens. Eles usam entrevistas individuais ou com informantes essenciais (inclusive entrevistas com utentes ao saírem de suas consultas), entrevistas em grupo, estudos de caso, e outros métodos qualitativos para identificar as condições locais e entender as perspectivas e prioridades locais.

Em vários locais, há membros da comunidade que não podem ler nem escrever e, por isso, os métodos participativos dependem frequentemente da comunicação oral, com apoio de imagens, símbolos, objectos físicos, e memória colectiva.

Os métodos participativos podem ser usados antes, durante e após a implementação de uma intervenção ou um conjunto de actividades. Eles fornecem informações para o projecto e a avaliação, e permitem a participação activa das partes interessadas na tomada de decisões. Durante a implementação, os métodos participativos são úteis para identificar e solucionar problemas.

> Aproveite para examinar e utilizar uma lista de recursos online sobre inquérito qualitativo e directrizes sobre discussões em grupos de enfoque no Community Tool Box da Universidade de Kansas.

**Inquéritos rápidos por amostragem.** Estes inquéritos podem ser utilizados para recolher informações padronizadas de uma amostra pequena e cuidadosamente seleccionada de pessoas ou domicílios em uma área beneficiária. Eles podem descrever as condições em uma comunidade particular ou grupo-alvo e permitem comparar grupos diferentes em um determinado momento, ou mudanças no mesmo grupo ao longo do tempo. Permitem também comparar condições actuais com os resultados planeados.

- Um dos inquéritos mais comuns de pequena amostragem é o **inquérito CAP (Conhecimentos, Atitudes e Práticas)** baseado em uma amostra de 30 agrupamentos.
- **Amostragem para Garantia de Qualidade de Lotes** (*Lot Quality Sampling - LQAS*). Essa é outra técnica de avaliação rápida que se usa cada vez mais na área de saúde pública. A LQAS utiliza amostragens muito pequenas para obter informações confiáveis em uma pequena área geográfica ou unidade administrativa. Pode ser usada para detectar de forma precisa os extremos do desempenho – para determinar se uma intervenção foi mais além de um limiar superior de desempenho ou não conseguiu atingir um limiar inferior de desempenho em termos de qualidade ou cobertura. As amostras de lotes podem também ser combinadas para fornecer estimativas de cobertura em uma área geográfica mais ampla.

> Uma busca na Web revelará recursos úteis; aqui temos um sobre os inquéritos CAP e outro sobre LQAS. A área de M&A do website do CORE Group inclui ligações com ferramentas e recursos importantes para a avaliação rápida criados pelo Grupo de Trabalho de M&A do CORE Group.

Como gestor, deve revisar todas as fontes de dados já existentes antes de planear a sua avaliação. A Tabela 7 apresenta as vantagens e desvantagens das três principais fontes de

TABELA 7. Resumo das três fontes de dados mais comuns para uma avaliação

| Fonte de dados | Vantagens | Limitações |
|---|---|---|
| **Estatísticas de serviço:** Dados sobre a população de utentes e serviços clínicos que são recolhidos rotineiramente nos registos dos utentes e nos registos clínicos | ■ Disponíveis imediatamente<br>■ Cobrem todos os tipos de serviços de saúde e todas as áreas do país<br>■ Podem ser desagregados para os níveis local e de distrito<br>■ Uso económico | ■ Só lhe informam sobre clientes actuais, sem informações sobre as pessoas que não usam os serviços de saúde e podem ser utentes em potencial.<br>■ Não fornecem informações sobre valores, percepções ou comportamentos da comunidade<br>■ Não reflectem as pessoas que optam por fontes privadas de serviços<br>■ Podem ser inexactas se os locais de prestação de serviços não registarem os dados correctamente, de forma legível e em tempo hábil |
| **Inquéritos de grande escala:** Inquéritos de base populacional e avaliações de grande escala dos centros de saúde | ■ Dados relevantes, precisos e confiáveis<br>■ Podem medir as tendências nacionais de saúde, identificar áreas com problemas e ajudar a concentrar os recursos do país em áreas de maior carência<br>■ Geram valores médios para as áreas urbanas e rurais, regiões e províncias<br>■ Fornecem um contexto para interpretar os dados recolhidos localmente<br>■ Podem gerar informações adicionais a partir dos seus conjuntos de dados informatizados | ■ Geralmente não podem desagregar os dados para fornecer médias para as áreas sub-regionais (distritos ou municipalidades)<br>■ Geralmente não são realizadas anualmente; os dados se tornam desactualizados rapidamente se as populações ou condições de saúde se modificarem rapidamente |
| **Avaliações rápidas:** Métodos focados para avaliar as necessidades locais e tomar decisões em âmbito local | ■ Rápidas e económicas<br>■ Resultam em acção local<br>■ Há directrizes para ajudar os gestores em várias dessas técnicas<br>■ Fornecem aos gestores a capacidade de recolher os dados necessários<br>■ Os inquéritos domiciliares (por ex., LQAS ou CAP) podem obter precisão suficiente para fins de avaliação | ■ Equilibra a necessidade de resultados representativos e objectivos com a necessidade de usar projectos levemente menos rigorosos que são mais viáveis em áreas locais<br>■ Usam escala e âmbito reduzidos para produzir resultados em tempo hábil e de baixo custo |

dados que foram discutidas acima: estatísticas rotineiras de serviços, inquéritos em grande escala, e técnicas de avaliação rápida.

Que nível de qualidade os dados do SIS precisam ter para serem úteis – que nível de abrangência, precisão e apresentação em tempo hábil? Para as suas necessidades de gestão, mesmo que não sejam perfeitos, os dados podem ser suficientemente bons para ter um efeito poderoso, como nos mostra o exemplo de Madagascar.

## Dados do SIS: pontos fortes e limitações

Subestimar o valor e a utilidade do SIS é, infelizmente, uma tendência. É verdade que o SIS tem problemas frequentemente, mas também é grande o seu potencial. Como vimos em

### Como usar e melhorar dados imperfeitos do SIS – Um exemplo de Madagascar

**Um SIS de base comunitária mais preciso e mais oportuno.** Um projecto de Madagascar implementou um método baseado na comunidade para aumentar o uso de métodos de planeamento familiar, denominado "Comunidades Campeãs", em 50 dos 110 distritos do país. O método utilizou exclusivamente os dados do SIS para monitorar e avaliar as realizações das comunidades participantes.

Em primeiro lugar, foi estabelecida uma base de referência para cada comunidade, ao usar os dados do seu centro de saúde. Em seguida, o pessoal do centro de saúde e os representantes da comunidade identificaram metas para 10 indicadores que determinariam se uma comunidade tinha alcançado a posição de campeã após 12 meses de implementação. Cada comunidade monitorava seu próprio progresso em uma reunião trimestral de verificação.

Após 12 meses, o pessoal do projecto voltou a cada comunidade para avaliar os resultados. Examinaram os dados do relatório de monitoria de rotina de cada centro de saúde e para cada indicador. Prepararam também um relatório sobre os dados de cada comunidade e o enviaram para o supervisor de nível distrital para a sua confirmação com base nos registos informatizados do distrito. As fontes de dados para os relatórios do centro de saúde e registos de distrito foram as mesmas (registos dos centros de saúde) e, por isso, raramente ocorreu uma discrepância. Mas o que interessava era envolver o supervisor distrital no exame dos dados do centro de saúde para mostrar a utilidade de se usar até mesmo dados simples nesse nível.

O projecto também cooperou com o Ministério da Saúde a nível distrital para melhorar a precisão, a abrangência e a prontidão do SIS. A ênfase era obter dados mais completos dos centros de saúde e reduzir o tempo gasto pelo escritório distrital para receber o relatório do centro de saúde, apreciá-lo, devolvê-lo ao centro para qualquer correcção, recebê-lo novamente, dar entrada dos dados no sistema e, finalmente, enviá-los ao nível central. Os distritos são responsáveis por cooperar com os centros de saúde para melhorar o registo de dados e actualizar suas próprias técnicas de processamento de dados.

Após dois anos de assistência técnica, o SIS tinha realmente melhorado, segundo os indicadores de precisão, abrangência, e prontidão. As melhorias mais notáveis foram em prontidão: o tempo gasto pelo escritório distrital no processo descrito acima reduziu-se de 12 para 3 meses.

**Imperfeitas, mais mesmo assim valiosos.** Deve-se lembrar que o projecto "Comunidades Campeãs" teve óptimo resultado, apesar dos dados imperfeitos. Seu numerador (o número de utentes regulares de planeamento familiar) era detalhado e preciso. Mas suas estimativas das taxas de prevalência do uso de contraceptivos não eram muito precisas porque o denominador (número de mulheres em idade reprodutiva) era apenas uma estimativa, baseada num censo desactualizado e em estimativas anuais do governo sobre percentagens de crescimento.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

*(continuação)*

No entanto, o projecto constatou que as taxas de prevalência de uso de contraceptivos eram suficientemente boas para acompanhar o desempenho das comunidades que participavam do método de Comunidades Campeãs. O pessoal do projecto também complementou as comparações dessas taxas com as comparações dos valores do numerador: números simples que faziam sentido para o pessoal do centro de saúde e também para as comunidades.

O nível central começou a organizar workshops regionais trimestrais para divulgar os resultados ao nível distrital. Juntos, os gestores dos níveis distritais, regionais e centrais analisaram o progresso e classificaram os distritos com base no seu desempenho. Usaram a análise de causa-raiz – um processo que identifica as causas subjacentes de um problema – para entender os obstáculos enfrentados pelos distritos que apresentavam baixo desempenho. (Consulte o Apêndice A no Capítulo 2 deste guia para obter mais informações sobre a análise de causa-raiz). Finalmente, o Ministério de Saúde mobilizou o apoio de agências doadoras e de organizações parceiras para ajudá-los a melhorar.

O ministério começou a usar as informações de saúde para administrar realmente o sistema de saúde. Antes dessa intervenção, poucas organizações confiavam ou utilizavam os dados do SIS. Mas quando ficou claro que o sistema funcionava, as agências doadoras passaram a confiar, as organizações parceiras passaram a utilizá-lo, e o ministério se orgulhou do trabalho. Pela primeira vez, tinham uma visão mais nítida do que acontecia em todo o país e podiam usar essas informações para buscar o apoio de agências doadoras, se necessário.

Do mesmo modo, os centros de saúde raramente usavam seus próprios dados. Eles simplesmente faziam os registos e os enviavam para o escritório distrital, sem nem mesmo receber retroinformação do mesmo. Após a conclusão do projecto, perceberam como os dados mais precisos podiam ser usados em seu benefício e das comunidades.

Os distritos também actuavam antes de uma forma pouco informada. Cada distrito dependia apenas dos seus próprios dados e funcionava num vácuo. As mudanças no SIS e o encorajamento do governo central forneceram aos distritos oportunidades para comparar seu trabalho e aprender uns com os outros.

**Aprendizagem com dados mais precisos, completos e oportunos.** Os dados são geralmente utilizados para fazer comparações, mas são menos frequentemente utilizados como ferramenta de aprendizagem. Nesse caso, depois que os relatórios começaram a chegar dentro do prazo, o Ministério da Saúde usou os dados – inclusive dados imperfeitos – para descobrir que distritos tinham um desempenho ruim e que distritos estavam melhor que os outros. Assim, aprenderam com os de melhor desempenho, ao perguntar: Por que seus resultados são tão bons? O que estavam a fazer de diferente? O que poderia ser replicado? Finalmente, aplicaram a aprendizagem ao usar esses distritos como modelos e ao oferecer mais apoio aos de pior desempenho.

Todo o sistema de saúde se entusiasmou com as informações que podiam produzir e usar. A começar do topo, esse entusiasmo chegou aos níveis inferiores e os motivou a melhorar sua recolha e processamento de dados.

Madagascar, o projecto Comunidades Campeãs melhorou o sistema substancialmente num período de dois anos. Nesse caso, o sistema já se encontrava relativamente funcional porque projectos anteriores haviam feito um grande esforço para implantar o sistema e torná-lo mais sólido. Ao aprimorar a forma como o sistema era administrado e os dados eram usados, o projecto posterior conseguiu fazer uma grande diferença por meio de pequenas modificações.

Os dados do SIS não são 100% exactos, e nunca serão. Esta é a realidade com a qual todos os gestores têm que trabalhar. Mas os dados não precisam ser perfeitos para serem úteis. É possível fazer a monitoria e a gestão com dados imperfeitos. Informações obtidas em tempo

hábil e com 75% de precisão são melhores que as informações com 95% de precisão que chegam com vários meses de atraso.

Apesar do seu grande valor, por si sós, os dados do SIS não atenderão a todas as necessidades de informação de muitas organizações. Algumas organizações e agências doadoras precisam de dados que exigem avaliações ou sistemas especiais. Além disso, várias intervenções foram projectadas para modificar o conhecimento, as atitudes, e as práticas dos beneficiários, factores que não são capturados nos dados de serviço. É importante usar os dados do SIS, sempre que possível, e complementá-los com avaliações locais, quando necessário.

Como gestor de um programa de saúde ou de serviços de saúde, parte do seu trabalho deveria ser o de melhorar o SIS em seu país. Ele é o único sistema de informações sustentável na maioria dos países. Os sistemas de informação criados e mantidos por agências doadoras ou organizações externas têm duração limitada, mas o SIS é parte permanente do seu legado.

Se todos os parceiros e agências doadoras trabalharem com o Ministério de Saúde para prestar assistência técnica e financeira ao SIS, ele poderá render informações que trazem grandes melhorias para os serviços de saúde e que justificam plenamente o investimento no mesmo.

## Práticas comprovadas

- Um sistema de M&A deveria proporcionar aos gestores o que eles precisam saber para agir. Deve se basear em indicadores relevantes, fáceis de usar e que possam ser fornecidos em tempo hábil para os ciclos de planeamento e apresentação de relatórios.
- Os resultados de M&A não se destinam apenas ao pessoal de M&A da sua organização ou à agência doadora. As informações de M&A são um recurso fundamental para as acções e a aprendizagem. Se o seu processo de M&A tiver mecanismos de retroinformação que permitam aos tomadores de decisões reflectirem sobre os resultados e absorverem o que precisam para seus próprios fins, eles assumirão o controlo do processo e utilizarão o que ele oferecer.
- Se você define suas actividades de M&A no começo de uma intervenção ou projecto, junto com o plano de acção para o projecto, terá mais oportunidades de orientar e acompanhar a implementação das actividades.
- Quando são demasiado elaborados e complicados, os planos de M&A não são usados. Elabore um plano de M&A simples, escolha ferramentas de monitoria fáceis de usar, e seleccione a menor quantidade possível de indicadores para acompanhar o progresso e introduzir as mudanças necessárias ao longo do caminho.
- Para fortalecer um SIS, é preciso trabalhar com as pessoas envolvidas: os responsáveis pelo sistema, que registam, transferem, analisam, comunicam e utilizam os dados e as informações para a gestão dos serviços.
- Ao fornecer os dados do SIS para os tomadores de decisões, você deve reconhecer as diferenças na frequência dos relatórios e nas quantidades de dados agregados e desagregados necessários aos níveis diferentes de governo, ou às organizações não governamentais.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

- A monitoria de rotina lhe dá, como gestor, as informações de que precisa para acompanhar o progresso no alcance de suas metas e para gerir sua unidade com eficácia. Ela permite que detecte os problemas e faça mudanças rapidamente. Uma avaliação não pode-lhe dar esse tipo de informação.
- Em muitos casos, os dados imperfeitos mas prontamente disponíveis são suficientes para atender às necessidades básicas de gestão.
- Apoie o pessoal do centro de saúde para utilizar os dados prontamente disponíveis para monitorar e gerir os serviços, mesmo que a qualidade dos dados não seja boa. Se eles utilizarem rotineiramente os dados que recolhem, verão por que a qualidade dos dados é importante. Isso aumentará a probabilidade de tomarem as medidas necessárias para melhorar a recolha e processamento de dados e gerar dados mais válidos e completos
- Use as estatísticas de serviço para recolher dados específicos a uma área de captação e complemente esses dados com outras técnicas – tais como as ferramentas de avaliação rápida – para recolher informações adicionais sobre suas áreas mais amplas de responsabilidade.

## Glossário de termos de M&A

**área específica:** Local preparado especificamente para as utentes, onde podem receber informações, fazer perguntas, trocar ideias à vontade.

**avaliação:** Análise da medida em que os resultados foram atingidos. O objectivo da avaliação é também compreender por que os resultados foram ou não atingidos. Ela é geralmente baseada em informações obtidas com a monitoria de rotina, combinadas com a medição dos resultados a médio e longo prazo e do impacto.

**avaliação formativa:** Usada para orientar o desenho e a implementação de um programa ou intervenção. É usada para garantir que as actividades incluam as "melhores" ou "mais promissoras" práticas para aumentar as chances de sucesso. Inclui a avaliação das necessidades e a avaliação do processo.

**avaliação participativa:** Técnicas e métodos que visam incorporar o conhecimento e as opiniões dos membros da comunidade ao planeamento e implementação dos programas de saúde. Também denominada aprendizagem e acção participativa.

**avaliação rápida:** Formas rápidas e económicas de fornecer informações para a tomada de decisões, especialmente no nível das actividades. Os exemplos incluem entrevistas dos utentes ao saírem dos centros, avaliações em pequena escala dos centros de saúde, inquéritos rápidos por amostragem, exame analítico dos registos, entrevistas com grupos de enfoque, e outros métodos participativos.

**avaliação somativa:** Avaliação feita para medir a qualidade do desempenho, e a obtenção de resultados essenciais após a conclusão de uma intervenção ou conjunto de actividades. As avaliações somativas incluem a avaliação de resultados a médio e longo prazo, a avaliação de impacto, a avaliação de custo-eficácia, e o inquérito operacional.

**critérios SMART:** Conjunto de cinco padrões usados para verificar se um resultado ou objectivo se desenvolve em termos mensuráveis. Os critérios são: Específico (Specific), Mensurável (Measurable), Apropriado (Appropriate), Realista (Realistic) e de Tiempo limitado (Time Bound).

**dados de base:** Dados recolhidos durante os estágios iniciais de um projecto, antes do início das actividades. Os dados de base identificam o ponto a partir do qual se pode avaliar o progresso no alcance dos resultados pretendidos.

**dados de rotina:** Informações sobre a prestação de serviços de saúde recolhidas regularmente através do sistema de informações de saúde. Também denominados estatísticas de serviços.

**dados primários:** Informações que você mesmo recolhe, por exemplo, através de uma técnica de avaliação rápida ou entrevistas com informantes essenciais, pelo uso de um guia estruturado.

**dados secundários:** Informações de fontes existentes (tais como os dados de rotina, o censo, ou a Pesquisa Demográfica ou de Saúde) em contraste com dados primários, que a própria pessoa recolhe.

**fonte de dados:** É de onde vêm as informações sobre um indicador. Todos os indicadores possuem sua própria fonte de dados. Fontes de dados comuns incluem estatísticas de serviços, registos da organização, utentes e a comunidade.

**impacto:** Mudança a longo prazo do estado de saúde de uma população, geralmente um resultado combinado de vários programas ao longo do tempo (por exemplo, a taxa total de fertilidade ou as taxas de mortalidade e morbidade materna).

**indicador:** Factor quantitativo ou qualitativo associado com a avaliação da mudança ou o desempenho de uma actividade específica. É um marcador de mudança ao longo do tempo.

**indicador substituto:** Medida indirecta que se aproxima do alvo ou resultado, ou que o representa quando as informações directas não estão disponíveis. Por exemplo, dois anos de protecção (CYP) é um indicador substituto comum para uso do planeamento familiar quando os dados da taxa de prevalência do uso de contraceptivos não estão disponíveis.

**insumos:** Recursos necessários para obter um resultado esperado (por ex., os recursos financeiros e humanos, os suprimentos, os produtos e os centros de saúde).

**metas:** Resultados a longo prazo em nível nacional ou organizacional que uma intervenção pretende conseguir.

**monitoria:** Acompanhamento regular das mudanças nos indicadores ao longo do tempo para medir o progresso no alcance dos resultados, ao recolher informações sobre insumos, processos e resultados imediatos.

**monitoria do processo:** Selecção e acompanhamento dos insumos e produtos das actividades, por exemplo, quem foi treinado, em que tópicos, e com que frequência. A monitoria do processo não monitora o progresso no alcance das metas, ela só acompanha a conclusão da actividade.

**níveis de resultados:** Os vários estágios dos resultados definidos na sequência de resultados.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

**painel de indicadores de desempenho:** Representação visual de uma página com as informações mais importantes e necessárias para gerir um projecto.

**plano de monitoria e avaliação (M&A):** Define que indicadores serão medidos, como serão medidos, quando e por quem. Um plano de M&A ajuda os gestores a escolher indicadores confiáveis e a medir esses indicadores de forma organizada.

**processo:** Actividades executadas através do seu plano de implementação (por ex., fornecimento de novos métodos contraceptivos, definição de um currículo, formação de profissionais de saúde).

**produto:** Produto imediato ou directo das actividades (por ex., número de pessoas formadas, número de novos utentes de planeamento familiar, número de produtos distribuídos).

**quadro conceptual:** Diagrama de um conjunto de vínculos teóricos entre as actividades e vários outros factores que supostamente levam aos resultados imediatos (ou produtos) e os resultados de médio e longo prazo esperados. Ao contrário do Quadro Lógico, o quadro conceptual não pressupõe uma relação simples e linear de causa e efeito entre os insumos, produtos e resultados a médio e longo prazo.

**quadro lógico:** Ferramenta de gestão que utiliza uma matriz para indicaras conexões da sequência de resultados (insumos → processos (actividade) → produtos → resultados → impacto), principais pressupostos, e como os produtos e resultados serão monitorados e avaliados. Também denominado de quadro lógico ou modelo lógico.

**resultado:** Realização lógica e esperada que pode ser medida após a implementação de um programa ou serviço.

**resultados:** Mudanças a curto prazo em uma população beneficiária como resultado de um conjunto de actividades.

**sequência de resultados:** Relações sequenciais e causais entre os níveis de resultados descritos no quadro lógico (insumos, actividades, produtos, resultados, e impacto).

**sistema de informações sobre saúde (SIS):** Refere-se geralmente aos muitos subsistemas diferentes que fornecem informações de rotina necessárias para gerir os serviços de saúde. Às vezes chamado de sistema de informações para a gestão de saúde (SIGS) ou sistema de informações de gestão (SIG).

## Referências e recursos

### INFORMAÇÕES PARA GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Bertrand, Jane T., Robert J. Magnani, e Naomi Rutenberg. *Evaluating Family Planning Programs, with Adaptations for Reproductive Health*. Chapel Hill, NC: The EVALUATION Project, 1996, http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/pdf/ms-96-03.pdf (acessado Jan. 22, 2010).

Management Sciences for Health. "Using Evaluation as a Management Tool." *The Manager* (Boston) vol. 6, no.1, 1997, linked on http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.3.1.htm&module=info&language=English (acessado Jan. 22, 2010).

————. "Information for Health Management: The MSH Approach." 2005, linked on http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=info&language=English (acessado Jan. 22, 2010).

Organização Mundial da Saúde. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2007, http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf (acessado Março 7, 2014).

Patton, Michael Quinn. *Qualitative Evaluation and Research Methods.* Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990.

Rossi, Peter H., Howard E. Freeman, and Mark Lipsey. *Evaluation: A Systematic Approach.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1999.

Shaw, Vincent. "Health Information System Reform in South Africa: Developing an Essential Data Set." *Bulletin of the World Health Organization* vol. 83, no. 8, pp. 632–36, 2005, http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862005000800018&lng=en&nrm=iso (acessado Jan. 22, 2010).

UNAIDS, Organização Mundial da Saúde, e MEASURE Evaluation. *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluation.* Chapel Hill, NC: Carolina Population Center, 2000, http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/en/JC427-Mon_Ev-Full_en.pdf (acessado Jan. 22, 2010).

World Bank Group and Carleton University. "Data Collection Methods." Module 8 of the *International Program for Development Evaluation Training*. Ottawa: IPDET.

## MONITORIA PARA A ACÇÃO

International Training and Education Center on HIV. "Illustrative Monitoring and Evaluation Plans for a Clinical Mentoring Program: I-TECH Clinical Mentoring Toolkit. http://www.go2itech.org/HTML/CM08/toolkit/programs/print/managing/Illus_ME_Plan_CM.doc (acessado Jan. 27, 2010).

Launiala, Annika. "How Much Can a KAP Survey Tell Us about People's Knowledge, Attitudes and Practices? Some Observations from Medical Anthropology Research on Malaria in Pregnancy in Malawi." *Anthropology Matters Journal* vol. 11, no. 1, 2009, http://www.anthropologymatters.com/index.php?journal=anth_matters&page=article&op=viewArticle&path[]=31&path[]=53 (acessado Abril 1, 2010).

Management Sciences for Health. "Using Service Data: Tools for Taking Action." *The Family Planning Manager* (Boston) vol. 1, no. 2, 1992, http://www.msh.org/resource-center/using-service-data-tools-for-taking-action.cfm (acessado Jan. 26, 2010).

————. "Conducting Local Rapid Assessments in Districts and Communities." *The Manager* (Boston) vol. 7, no. 1, 1998. http://www.msh.org/resource-center/conducting-local-rapid-assessments-in-districts-and-communities.cfm (acessado Jan. 27, 2010).

————. "Use of Data." On the Electronic Resource Center, undated, http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.0.htm&module=info&language=English (acessado Jan. 27, 2010).

Organização Mundial da Saúde. Ferramentas e recursos sobre sistemas de informação para os gestores de linha de frente, em http://www.who.int/management/resources/information/en/ (acessado Março 6, 2014).

————. Ferramentas e recursos sobre técnicas de M&A para os gestores distritais e de nível superior, do website da OMS: http://www.who.int/management/district/monitoring_evaluation/en/index.html (acessado Jan. 27, 2010).

## ABORDAGENS E FERRAMENTAS PRÁTICAS PARA M&A

Aubel, Judi. "Participatory Program Evaluation Manual: Involving Program Stakeholders in the Evaluation Process." Calverton, MD: ORC Macro, 1999, http://www.idrc.ca/uploads/user-S/10504133390Participatory_Program_Evaluation_Manual.pdf (acessado Nov. 18, 2009).

Bertrand, Jane T., e Gabriela Escudero. *Compendium of Indicators for Evaluating Reproductive Health Programs.* Measure Evaluation Manual Series vol. 1, no. 6, 2002, http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/html/ms-02-06.html (acessado Jan. 22, 2010).

Colindres, Héctor. "Using Performance Dashboards to Monitor Organizational Achievements." Boston: Management Sciences for Health, http://globalexchange.msh.org/assets/globalexchange/files/Using%20Performance%20Dashboards%20to%20Monitor%20Organizational%20Achievements.pdf (acessado Jan. 22, 2010).

Guijt, Irene, e John Gaventa. "Participatory Monitoring and Evaluation: Learning from Change." *IDS Policy Briefing* Issue 12 (November 1998), Brighton, UK: Institute of Development Studies, University of Sussex, 1998, http://www.ids.ac.uk/index.cfm?objectid=01D512C5-5056-8171-7BA528050E140ED9 (acessado Jan. 22, 2010).

Lippeveld, Theo, Rainer Sauerborn, e Claude Bodart. *Design and Implementation of Health Information Systems.* Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2000.

Management Sciences for Health (MSH). "Menu of Indicators on Management and Leadership Capacity Development." 2006, link em http://erc.msh.org/toolkit/Tool.cfm?lang=1&CID=11&TID=156 (acessado Jan. 22, 2010).

————. "From Vision to Action: A Course on Monitoring and Evaluation for Facilitators of Leadership Development Programs." Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2007, http://leadernet.msh.org/page.cfm?c1=90&nav=58 (acessado Jan. 22, 2010). YÉ preciso estar registado na LeaderNet para acessar o curso; o registo é gratuito.

Marsh, David R., Juan Carlos Alegre e Karen Z. Waltensperger. "A Results Framework Serves Both Program Design and Delivery Science." *Journal of Nutrition* 138: 630–633, 2008. http://jn.nutrition.org/cgi/content/full/138/3/630 (acessado Jan. 22, 2010).

Patton, Michael Quinn. *Utilization-Focused Evaluation: The New Century Text.* Newbury Park, CA: Sage Publications, 1997, 215–38.

Sapsford, R. *Survey Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1999.

Sartorius, Rolf H. "The Logical Framework Approach to Project Design and Management." In *Evaluation Practice* 1991, vol. 12, no. 2, 139–47.

US Agency for International Development. *Monitoring and Evaluation (M&E) Fundamentals*. Curso do Global Health e-Learning Center da USAID, http://globalhealthlearning .org/login.cfm (acessado Jan. 22, 2010).

————. Performance Monitoring and Evaluation TIPS on M&E practices. Nos. 2 *(Conducting Key Informant Interviews)*, 4 *(Using Direct Observation Techniques)*, 5 *(Using Rapid Appraisal Methods)*, and 10 *(Conducting Focus Group Interviews)*, all 1996 (acessado Março 6, 2014).

W. K. Kellogg Foundation. "Logic Model Development Guide." Battle Creek, MI: Kellogg Foundation, 2004, http://www.wkkf.org/resource-directory/resource/2006/02/wk-kellogg-foundation-logic-model-development-guide (acessado Março 7, 2014).

## AVALIAÇÃO PARA FINS DE APRENDIZAGEM

Donabedian, Avedis. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

Management Sciences for Health. "Managing and Using Information." In *The Family Planning Manager's Handbook.* Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 1991, http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.6.htm&module=info&language=English (acessado Jan. 13, 2010).

Organização Mundial da Saúde. "Health Programme Evaluation: Guiding Principles for its Application in the Managerial Process for National Health Development." Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1981.

———. "A common framework for monitoring performance and evaluation of the scale-up for better health." Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008, http://www.who.int/healthsystems/IHP_M&E_briefing_30_Jan_2008.pdf (acessado Jan. 22, 2010).

Reisman, Jane, e Judith Clegg. *Outcomes for Success!* Seattle, WA: Organizational Research Services, Inc. & Clegg and Associates, Inc., 2000.

Veney, James, e Arnold Kaluzny. *Evaluation and Decision Making for Health Services.* Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1991.

Winch, Peter, et al. *Qualitative Research for Improved Health Programs: A Guide to Manuals for Qualitative and Participatory Research on Child Health, Nutrition, and Reproductive Health.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University, 2000, http://www.globalhealthcommunication.org/tool_docs/67/qualitative_research_for_improved_health_programs_-_a_guide_.pdf (acessado Março 6, 2014).

## APÊNDICE A. Exemplo de um Quadro Lógico do Banco Interamericano de Desenvolvimento

A lógica para este quadro:

1. *Se* as actividades (promoção, formação, etc.) forem bem realizadas, e supondo-se a existência de condições económicas e políticas favoráveis e a disponibilidade de recursos (monetários, humanos e tecnológicos), os pais serão cadastrados, os funcionários que fazem visitas domiciliares e outros funcionários receberão formação, os materiais estarão à disposição, as visitas domiciliares serão feitas e um sistema administrativo e um SIG estarão a funcionar.
2. *Se* os produtos forem obtidos, e supondo-se uma baixa rotatividade dos funcionários que fazem visitas domiciliares e outros funcionários, *então* ocorrerão mudanças nas práticas parentais e no ambiente doméstico com o qual a criança interage.
3. *Se* o comportamento dos pais e o ambiente doméstico melhorarem, e supondo-se a existência de cuidadores formados que continuem a oferecer cuidados, e que a estrutura familiar se mantenha ou melhore, *então* a condição de saúde, nutricional e psicológica das crianças melhorará

| Quadro lógico para um programa de visita domiciliar com educação parental | | | |
|---|---|---|---|
| **Meta (objectivo geral)**<br>Melhorar o desenvolvimento de crianças pequenas, do nascimento aos 3 anos, em áreas urbanas marginais | **Indicador**<br>Elevar a condição de desenvolvimento de x crianças em x% em 5 anos, como indicado por medidas de estado de saúde, condição nutricional e desenvolvimento psicossocial | **Verificação**<br>Saúde: rede de cuidados de saúde para cada criança<br>Nutrição: registos de monitoria de crescimento no centro<br>Psicossocial: desempenho em testes padronizados | |
| **Propósito (objectivo específico)**<br>Fornecer às crianças educação e cuidados de qualidade através de práticas aprimoradas de educação de filhos e mudanças no ambiente doméstico | **Indicadores**<br>Mudanças nas práticas de x% dos pais participantes<br>Mudanças no ambiente doméstico | **Verificação**<br>Observações periódicas de uma amostra de pais e domicílios: interacção com crianças, questionários, relatórios de supervisores | **Pressupostos**<br>Pais que receberam formação ou outros cuidadores continuam a prestar cuidados<br>Continuidade nas condições económicas e familiares |
| **Produtos**<br>Participantes cadastrados<br>Visitantes domiciliares formados, supervisores e directores<br>Materiais desenvolvidos<br>Visitas domiciliares<br>Formação parental realizada<br>Sistema administrativo em funcionamento<br>SIG em funcionamento | **Indicadores**<br>x participantes de baixa renda cadastrados<br>x cuidadores formados<br>Guias parentais desenvolvidos e distribuídos para x famílias<br>Visitas domiciliares realizadas<br>SIG e sistema administrativo em funcionamento | **Verificação**<br>Dados do SIG sobre o pessoal em formação, pais e materiais<br>Avaliações de conhecimentos e habilidades do pessoal após a formação inicial e durante o curso de formação contínua; observação das interacções entre o visitante domiciliar e os pais<br>Questionários verificam conhecimento e atitudes dos pais | **Pressupostos**<br>Baixa rotatividade dos visitantes domiciliares e outros funcionários<br>Capacidade de chegar à população desejada |
| **Actividades**<br>Cadastrar os pais<br>Seleccionar e treinar os visitantes domiciliares e outros funcionários<br>Criar materiais<br>Criar um sistema administrativo<br>Fornecer formação e supervisão contínuas<br>Realizar visitas domiciliares<br>Criar um sistema de monitoria e avaliação | **Recursos**<br>Orçamento<br>Tecnologia<br>Recursos Humanos | **Verificação**<br>Plano de acção, orçamentos e registos contábeis<br>Estudos que mostrem que o modelo escolhido e o currículo funcionam<br>Avaliações para ver se as actividades foram não só executadas, mas também bem executadas<br>Curriculum vitae | **Pressupostos**<br>Vontade política<br>Estabilidade económica e política razoável |

*Fonte:* Banco Interamericano de Desenvolvimento.

CAPÍTULO 10

# Gestão da Prestação de Serviços de Saúde

*Ann Buxbaum*

1. Obter Resultados Através do Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
2. Liderança e Gestão: Competências Críticas para o Fortalecimento dos Sistemas de Saúde
3. Governação de Sistemas de Saúde e Organizações de Saúde
4. Inclusão da Perspectiva de Género nos Sistemas de Saúde
5. Planear o Trabalho e Executar o Plano
6. Gestão de Recursos Humanos
7. Gestão das Finanças e dos Sistemas Relacionados
8. Gestão de Medicamentos e Produtos de Saúde
9. Gestão das Informações: Monitoria e Avaliação
10. Gestão da Prestação de Serviços de Saúde

Este capítulo explora as formas em que o sistema de prestação de serviços de saúde se interconecta e complementa os sistemas de gestão discutidos nos capítulos anteriores deste manual. Veremos a seguir como a gestão e a liderança do sistema de prestação de serviços de saúde melhora o acesso aos serviços e a qualidade dos mesmos. Poderá observar a importância que os sistemas mais robustos estimulam uma relação positiva entre utentes e profissionais nos locais da prestação de serviços – "pontos de atendimento" – em todos os níveis do sistema de saúde, o que permite atingir os resultados esperados de saúde.

Este capítulo trata de alguns dos elementos mais críticos dos serviços de saúde:

- estabelecimento e manutenção de serviços de alta qualidade
- garantia de um acesso equitativo
- oferecimento de serviços integrados
- ampliação
- oferecimento de um atendimento básico de saúde comunitária
- trabalho junto ao sector privado (com fins lucrativos)

Este capítulo discute questões enfrentadas pelos gestores e profissionais de saúde para tratar de cada um desses elementos. Você poderá se familiarizar com as ferramentas e abordagens que já demonstraram ser eficazes para resolver cada uma dessas questões, e com organizações que tiveram sucesso para resolver questões de gestão, que conseguiram fortalecer os elementos principais da prestação de serviços de saúde, e que trouxeram melhores níveis de saúde às populações por elas servidas.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

# Introdução

Neste manual, cobrimos até agora tópicos tais como os seis pilares do sistema de saúde, propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como a abordagem centrada no pessoal que situa a capacidade humana de liderar e gerir no centro do fortalecimento dos sistemas de saúde (Capítulo 1). Os capítulos seguintes discutiram as competências e práticas de liderança e gestão que os profissionais de saúde podem aplicar para fortalecer os sistemas essenciais de saúde (Capítulo 2); as considerações de género (Capítulo 4); e sistemas e subsistemas específicos de gestão relacionados à governação, planeamento, gestão de recursos humanos, gestão financeira, gestão de suprimentos, além da mensuração, monitoria e avaliação (respectivamente, os capítulos 3 e 4 até o 9).

Passamos agora ao sistema de serviços de saúde, que reúne todos os pilares, práticas de liderança e gestão, e de sistemas e subsistemas de gestão nos níveis central, regional e distrital, bem como no local de prestação dos serviços (ver o Quadro 1).

Como gestor ou prestador de serviços de saúde no nível provincial ou distrital de governo, numa ONG, ou numa unidade do sector privado, actuará no ponto de atendimento ou próximo a ele. Portanto, poderá ver por conta própria como os sistemas e subsistemas de gestão discutidos neste manual afectam a relação entre cliente e provedor. Também verá como usar suas práticas de liderança e gestão para adaptar os serviços às necessidades locais, ao:

- **Explorar** para entender as necessidades prioritárias de saúde da população local;
- **Focalizar** nos serviços de saúde que têm a mais alta prioridade e que podem ser oferecidos da melhor forma, tendo em vista os recursos disponíveis;

## QUADRO 1. Sistemas de gestão no local de atendimento

Ao tentar aperfeiçoar os sistemas de saúde nos níveis nacional, regional e distrital e seus sistemas de gestão, é fácil perder de vista as interacções quotidianas entre utentes e provedores de serviços de saúde.

Esses encontros ocorrem nos locais de atendimento, toda vez que um utente se encontra com um provedor. Eles incluem toda a gama de serviços, tais como os prestados por:

- um voluntário de uma aldeia que presta informações de saúde aos seus vizinhos em suas casas;
- pessoal de enfermagem que trata de uma criança com uma febre elevada num centro de saúde comunitário;
- um cirurgião ou outro especialista médico que cuida de utentes em um hospital terciário.

O local de atendimento é onde os sistemas e subsistemas robustos de gestão se reúnem para apoiar a prestação de serviços preventivos e curativos de alta qualidade. Esses sistemas:

- dão aos gestores e profissionais de saúde a capacidade de oferecer a cada utente os melhores serviços possíveis de saúde que sejam adequados às suas necessidades e anseios;
- ajudam os utentes a perceberem o valor dos serviços preventivos e curativos disponíveis e a saberem quando e como buscar esses serviços para si e para suas famílias;
- ajudam a construir a base de uma comunidade informada e engajada que reconhece os serviços como seus, que assume a responsabilidade por fiscalizá-los, e que apoia todos os seus cidadãos a fazer opções inteligentes de saúde e a manter comportamentos saudáveis.

- **Planear** estratégias e actividades que tragam serviços prioritários de saúde à população de sua área;
- **Organizar** a estrutura e os sistemas para prestar serviços prioritários;
- **Alinhar** grupos locais de interesse e **mobilizar** recursos;
- **Implementar** actividades planeadas através da integração de sistemas e coordenação do fluxo de trabalho;
- Engajar os representantes locais no uso de dados para **monitorar e avaliar** os serviços do ponto de vista da comunidade;
- Criar um clima de trabalho positivo e produzir resultados que **inspiram** a dedicação do pessoal e dos grupos de interesse.

## Elementos do sistema de prestação de serviços de saúde

Seis elementos do sistema de prestação de serviços de saúde se aplicam aos outros sistemas de gestão tratados neste manual. Esses seis elementos são essenciais à prestação de serviços de saúde em todos os níveis, ao:

1. Estabelecer e manter a **qualidade dos serviços**, de acordo com a definição de qualidade da OMS: "…desempenho adequado (de acordo com as normas) de intervenções sabidamente seguras, de custo acessível à sociedade em questão, e que tenham a capacidade de causar impacto sobre a mortalidade, morbidade, incapacidade e desnutrição." (Kols e Sherman, 1998).
2. Garantir o **acesso equitativo** para todas as pessoas e comunidades, com ênfase nas disparidades de género e nas necessidades especiais da juventude.
3. Prestar **serviços integrados** que ofereçam as muitas vantagens da integração e também incorporem os benefícios dos serviços verticais.
4. **Ampliar** (expandir) os serviços, tendo em vista os recursos limitados e as barreiras geográficas, políticas e socioculturais.
5. Oferecer **atendimento básico de saúde (ABS) nas comunidades** promover a participação activa da comunidade, para além de oferecer acesso aos recursos comunitários, e aproveitar inteiramente o potencial dos agentes comunitários de saúde.
6. Trabalhar com o **sector privado de fins lucrativos** para criar uma combinação equilibrada dos sectores público e privado que promova maior qualidade, acesso e eficiência.

Vamos agora explorar cada elemento ao examinar suas questões essenciais, bem como as abordagens e ferramentas que gestores e profissionais têm utilizado para melhorarem notadamente seus sistemas de prestação de serviços e a saúde daqueles a quem servem.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

# Elemento 1:
# Estabelecimento e manutenção de serviços de alta qualidade

> *À primeira vista, os serviços de saúde de alta qualidade podem parecer um luxo, para além das possibilidades financeiras da maioria dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento. Mas, com frequência, a melhoria não é um custo e, sim, um benefício. A atenção à qualidade é essencial ao sucesso dos programas de saúde básica, que os gestores de saúde com orçamentos limitados não podem ignorar.*
>
> Lori DiPrete Brown e outros
> *Garantia da Qualidade do Atendimento de Saúde em Países em Desenvolvimento*

## COMO REFORÇAR E MANTER A QUALIDADE DOS SERVIÇOS: O CONTEXTO

A Garantia da Qualidade (GQ) é um termo familiar à maioria dos gestores e serviços de saúde. Trata-se de uma abordagem planeada e sistemática, através de normas, protocolos e procedimentos que permitem a você, como gestor ou provedor de serviços de saúde, oferecer continuamente serviços de alta qualidade aos seus utentes com os recursos que tem à sua disposição.

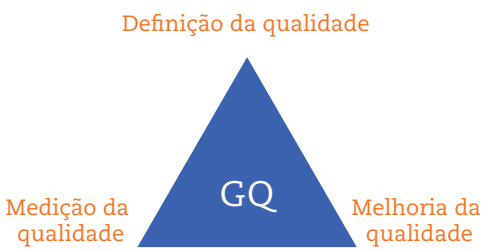
Foi o Projecto de Garantia de Qualidade (QAP, sigla em inglês) da Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (USAID) – predecessor do actual projecto de Melhoria do Atendimento de Saúde – que introduziu o **Triângulo da Qualidade** que pode ser visto na Figura 1 – um modelo das três funções da garantia de qualidade: definição, melhoria, e mensuração da qualidade. O triângulo transmite a ideia de que a melhor qualidade do atendimento é alcançada quando todas as três funções são implementadas de forma coordenada.

Não há uma sequência "correcta" para implementar estas três funções. Saber de onde você e seus colegas podem começar depende da capacidade do sistema ou centro de saúde e do interesse dos prestadores de serviços de saúde. Talvez queira começar com um trabalho intenso para definir normas, ou com uma actividade menor de melhoria da qualidade, ou ainda ao monitorar as actividades correntes. Outras equipas talvez decidam trabalhar em duas funções ao mesmo tempo.

Nos termos do Projecto de Garantia de Qualidade, a University Research Company aplicou o triângulo da qualidade para definir, medir e melhorar a qualidade da supervisão do planeamento familiar a nível distrital no Zimbábue.

Para a definição da qualidade desejada, o projecto se apoiou nas normas de supervisão desenvolvidas pelos grupos de interesse do Zimbábue. Em seguida, uma equipa de

FIGURA 1. Triângulo da Qualidade




*Fonte:* Adaptado com permissão da University Research Company

supervisores e investigadores mediu o desempenho dos supervisores em determinadas práticas de supervisão, recolhendo dados de observações estruturadas, fitas gravadas de interacções entre supervisores e provedores, e gravação de actividades de supervisão com os supervisores e os supervisionados.

O QAP aproveitou os resultados do estudo e criou um curso que ressaltava os pontos fortes dos supervisores e tratava directamente de seus pontos fracos mais evidentes. Como resultado, melhorou o desempenho dos supervisores.

> O website do Projecto de Melhoria do Atendimento de Saúde tem um relatório com detalhes dessa intervenção, o qual você pode descarregar electronicamente.

## ESTABELECIMENTO E MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS DE QUALIDADE: PRINCIPAIS QUESTÕES

Esta secção explora as funções de definição, mensuração e melhoria da qualidade.

**Definição de qualidade: Como sintetizar as perspectivas e estabelecer as normas.**
A qualidade dos serviços pode ser vista através de várias lentes diferentes, a depender das prioridades de diferentes grupos de interesse. Por exemplo:

- Os **utentes** geralmente enfatizam os aspectos humanos do atendimento – tratamento respeitoso, privacidade e confidencialidade, informação, e aconselhamento – além da segurança, locais e horários convenientes, tempos razoáveis de espera, custo económico e, finalmente, uma unidade ou centro limpo e confortável.
- Os **provedores** tendem a destacar a competência técnica, a infra-estrutura e o apoio logístico. Os gestores poderão destacar os sistemas de gestão – especialmente a logística e os sistemas de informação.
- Os **responsáveis pelas políticas públicas e agências doadoras** adoptam uma visão mais abrangente, que a OMS define como "o desempenho adequado (de acordo com normas) de intervenções sabidamente seguras, de baixo custo para a sociedade em questão, e com capacidade para produzir um impacto sobre a mortalidade, morbidade, incapacidade, e desnutrição" (Creel 2009).

Essas perspectivas variadas sobre a qualidade podem ser enunciadas de forma mais simples como "a oferta de uma gama de serviços seguros e eficazes que atendem às normas baseadas em evidências, ao mesmo tempo que satisfazem às necessidades e anseios dos utentes". Com este fim, o Projecto de Garantia de Qualidade sintetizou ideias de especialistas em qualidade e definiu nove dimensões da qualidade, como mostra o Quadro 2.

A definição da qualidade envolve a definição de normas baseadas em evidência – expectativas de desempenho – para todas essas dimensões e em todos os níveis do sistema de saúde como um todo. As normas são enunciados explícitos de como realizar uma actividade de atendimento de saúde de forma que ela produza os resultados esperados. Em alguns casos, existem normas universalmente aceitas que podem ser adoptadas e adaptadas para que os trabalhadores de saúde possam usá-las como guiões de desempenho aceitável.

**Mensuração da qualidade: Identificação das lacunas e demonstração das mudanças.**
Uma vez que as normas tenham sido desenvolvidas ou actualizadas e comunicadas, os indicadores essenciais podem ser seleccionados e medidos primeiro na linha de base e, depois, monitorados ao longo do tempo para detectar mudanças na qualidade. Você e sua equipa devem escolher cuidadosamente um pequeno número de indicadores das várias dimensões da qualidade para as quais poderá medir as pequenas mudanças ao longo do tempo.

QUADRO 2. Dimensões da Qualidade

1. **Desempenho técnico:** cumprimento das normas – até que ponto as tarefas realizadas pelos funcionários e unidades de saúde seguem as normas ou atendem às expectativas técnicas.
2. **Acesso aos serviços:** inexistência de barreiras geográficas, económicas, socioculturais (inclusive género), organizacionais ou linguísticas aos serviços.
3. **Eficácia do atendimento:** até que ponto os resultados esperados ou previstos são alcançados
4. **Eficiência da prestação dos serviços:** uso apropriado dos recursos para propocionar serviços eficientes.
5. **Relações interpessoais:** processo eficaz de escuta e comunicação entre o prestador de serviços e o/a utente, baseado na confiança, respeito, confidencialidade e capacidade de resposta às preocupações dos utentes. Isto inclui a não-discriminação.
6. **Continuidade dos serviços:** prestação do atendimento pelo mesmo provedor de serviços de saúde durante todo o período do atendimento (quando viável e apropriado), bem como o encaminhamento rápido dos utentes e a comunicação entre provedores, quando são necessários múltiplos provedores.
7. **Segurança:** até que ponto são minimizados os riscos de ferimento, infecção ou outros efeitos adversos nocivos.
8. **Infra-estrutura física e conforto:** aparência física e limpeza do ambiente de atendimento de saúde, e o conforto e privacidade que ele permite aos utentes e trabalhadores de saúde.
9. **Escolha:** a escolha, pelo utente, de um provedor, tratamento ou plano de seguro, conforme for apropriado e viável. Inerente a esta dimensão é o acesso à informação que permite ao utente fazer uma escolha ou opção bem informada

Como discutido no Capítulo 9 deste manual, tanto quanto possível, você deve buscar fontes de dados para medir os indicadores de qualidade nos relatórios de serviços de rotina, tais como as informações de saúde de base comunitária (geralmente recolhidas por profissionais de saúde ou agentes comunitários de saúde (ACS)) e, nos próprios centros de saúde, os prontuários médicos dos utentes, as listas de verificação de supervisão, os documentos de registo e os inventários.

Três aspectos da qualidade que podem ser medidos e comparados às normas de desempenho: estrutura, processo e resultados. Todos os três têm suas vantagens e desvantagens como indicadores de qualidade.

1. **Indicadores estruturais** incluem características materiais (infra-estrutura física, medicamentos e produtos de saúde, número de pessoas designadas, ferramentas, tecnologia); recursos organizacionais; e financiamento do atendimento (níveis de captação de fundos, esquemas de pagamento, e incentivos). Como as medidas estruturais são relativamente fáceis de obter, elas são usadas com maior frequência nos estudos de qualidade em países em desenvolvimento. Mas os indicadores estruturais dão uma ideia apenas parcial da qualidade, quando usados de forma isolada.
2. **Indicadores de processo** acompanham a realização completa das actividades. Descrevem as interacções entre profissionais de saúde utentes e são medidos por diagnósticos precisos e tratamento clínico, realizados pelos profissionais de saúde que obedecem às directrizes; e também com indicadores mais

"indirectos", tais como habilidades de aconselhamento; respeito comprovado pelos utentes; e fornecimento de informações precisas e entendíveis e instruções claras. Muitos estudos já demonstraram que certos processos geralmente conduzem a melhores resultados de saúde, mas não é fácil medir os processos que ocorrem durante a interacção privada entre utente e provedor.

3. **Indicadores de resultados** são medidas das mudanças que ocorrem na população beneficiária como resultado de um conjunto de actividades. Eles podem ser de longo prazo (ex., uso dos serviços de saúde; mudanças no nível de conhecimento, atitudes e comportamentos dos utentes) ou de curto prazo (ex., satisfação dos utentes, aderência a um tratamento recomendado). Os resultados de longo prazo podem não ser a melhor medida de qualidade: um utente pode receber um atendimento de baixa qualidade e ter uma recuperação completa ou, por outro lado, receber um atendimento de alta qualidade e não se recuperar de uma doença crónica ou fatal. Os resultados de curto prazo – satisfação dos utentes e resposta ao tratamento – oferecem a perspectiva dos utentes, mas podem não reflectir inteiramente outras dimensões da qualidade.

Uma combinação destas três dimensões pode propiciar medidas úteis de qualidade a um custo relativamente baixo.

A auditoria tradicional do centro ou unidade de saúde revela a presença ou ausência dos requisitos físicos essenciais para obter serviços de qualidade. O exame dos registos pode ser complementado por observações das interacções entre provedores e utentes ou anotações feitas ao observar os profissionais de saúde enquanto indagam a um utente sobre histórico familiar, fazem um exame, solicitam testes, preparam um diagnóstico, ou especificam um plano de tratamento.

Essas observações podem dar uma ideia imperfeita do que realmente acontece em encontros não observados, mas elas demonstram as habilidades da equipa de saúde em lidar com uma variedade das condições clínicas. As entrevistas de saídas da clínica podem ser usadas para obter a opinião dos utentes sobre a visita ou consulta e sobre o entendimento desses utentes sobre o diagnóstico e o tratamento recomendado.

**Melhoria da qualidade: Como atender ou superar as normas de desempenho.** As melhorias podem pertencer a todas as dimensões de qualidade descritas acima. Para serem úteis, as normas nacionais devem estar actualizadas, serem baseadas em evidências, e serem relevantes para os serviços oferecidos. Devem ser desenvolvidas em um processo que envolve os provedores e que, por isto, encorajem a apropriação e a adesão por parte daqueles que, se espera, cumpram essas normas.

As normas devem estar disponíveis prontamente e devem ser comunicadas não só aos provedores, mas também aos utentes e membros da comunidade. É importante que os provedores de serviços de saúde digam a um/a utente quando o seu pedido de tratamento específico não segue as normas, que expliquem plenamente as razões disso, e recomendem a alternativa mais apropriada de tratamento.

Por exemplo, se um utente pedir uma injecção de antibiótico para aliviar os sintomas de um resfriado, um profissional de saúde pode citar as normas de receita de antibióticos, explicar as razões dessas normas, e oferecer outras opções (alívio dos sintomas) que também atendam às normas.

**Melhoria da qualidade em ambientes descentralizados.** A melhoria da qualidade é um desafio particular em ambientes onde esteja em curso um processo de descentralização.

A descentralização significa que, em graus variáveis, os gestores do nível central definem as directrizes e planos estrategicamente, enquanto os gestores locais assumem cada vez mais responsabilidade por prestar um atendimento de saúde, e são responsabilizados pela saúde das populações a que servem.

Na medida em que as responsabilidades são transferidas a gestores de níveis periféricos, esses gestores têm que acumular experiência e adquirir novos conhecimentos técnicos e de gestão. Por sua vez, o governo central tem que fortalecer sua própria capacidade para estabelecer normas nacionais claras e padrões de serviço, e implantar um sistema de monitoria contínua do desempenho.

Esses novos papéis devem estar claramente delineados e acordados, e as prioridades em todos os níveis devem ser reconhecidas. Se não for assim, haverá duplicação, confusão e conflito – o que dificilmente levará a melhorias na qualidade dos serviços.

A experiência de descentralização de muitos países já demonstrou que é possível melhorar os serviços rapidamente e, ao mesmo tempo, fortalecer a capacidade das equipas de saúde locais. Com os facilitadores do Ministério da Saúde (MS) de nível central ou provincial ou das ONGs, as equipas distritais ou municipais se envolvem num processo lógico e sequencial de melhoria do desempenho. Usam dados disponíveis para avaliar as condições actuais de saúde e de desempenho dos serviços e, depois, seleccionam uma ou duas questões de alta prioridade com relação à saúde sobre as quais podem actuar. Definem o desempenho esperado comparado às normas, identificam lacunas, analisam as causas das lacunas, elaboram suas próprias soluções, mobilizam o apoio para implementar as soluções, e monitoram seu progresso para medir as mudanças no desempenho.

Muitas dessas equipas nunca antes trabalharam juntas de forma sistemática para tratar de problemas específicos de saúde. O processo de melhoria do desempenho lhes dá experiência em uma nova metodologia, bem como a gratificação de uma conquista real: um plano realista para melhorar o desempenho em áreas que consideram prioritárias

## REFORÇO E MANUTENÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS: ABORDAGENS E FERRAMENTAS

Esta secção descreve brevemente 5 abordagens que talvez ache úteis para reforçar e manter a qualidade dos serviços em sua organização: financiamento baseado em desempenho, colaboração para a melhoria, qualidade definida pelos parceiros, COPE (sigla em inglês de serviços de Provedores Eficientes Orientados aos Utentes), e gestão e reconhecimento baseados em normas.

**Financiamento baseado no desempenho (FBD).** O FBD é um mecanismo poderoso para melhorar a qualidade e aumentar o uso dos serviços de saúde ao estabelecer metas de desempenho baseadas em normas e indicadores previamente acordados. A espinha dorsal do FBD é o "pagamento pelo desempenho", baseado num contrato negociado entre a agência provedora de fundos e uma organização prestadora de serviços. Esse contrato estabelece indicadores de desempenho que definem claramente as metas de desempenho. Ele exige que a organização leve a cabo um conjunto de acções ou atinja uma meta mensurável de desempenho antes de receber uma transferência de fundos ou produtos.

Enquanto recompensa a conclusão das actividades e o alcance de resultados imediatos, o FBD também capitaliza esses resultados a curto prazo para atingir resultados de saúde de mais longo prazo. Dessa forma, ele encoraja os governos, ONGs, outras organizações privadas de

## Em acção, o financiamento baseado no desempenho – Um exemplo de Ruanda

**Aplicação do FBD em Ruanda.** O FBD (Financiamento Baseado em Desempenho) está no âmago do projecto modelo da USAID em Ruanda, denominado Projecto de Financiamento para VIH Baseado em Desempenho, uma colaboração entre o Ministério da Saúde de Ruanda e a Management Sciences for Health (MSH) e seus parceiros. A meta do Projecto era promover tanto a quantidade como a qualidade dos serviços prestados através dos centros de saúde em todos os distritos do país.

Inicialmente, o projecto celebrou contratos directos com 85 centros de saúde, que receberiam pagamentos de incentivo por quantidade de serviços específicos prestados em VIH e SIDA e serviços afins, e com os distritos, para monitorar os indicadores de qualidade do atendimento. Em menos de dois anos, o projecto superou suas metas. Em comparação com os distritos de controlo, onde o FBD não havia sido introduzido, os distritos com FBD conseguiram melhorias significativas nos serviços prestados.

Para apoiar esse sistema de incentivos baseados no desempenho, a MSH ofereceu assistência técnica para incrementar a capacidade do pessoal, fortalecer os sistemas (especialmente fluxo de dados e análise), e aperfeiçoar as políticas e protocolos de Garantia de Qualidade (GQ). Nos últimos dois anos do projecto, o FBD foi estabelecido em todo o sistema nacional de saúde, inclusive seus mais de 400 centros de saúde. O projecto transferiu todos os seus contratos de FBD para cinco parceiros e concentrou-se em ajudar o MS a continuar a fortalecer seus sistemas de gestão da melhoria de qualidade, sua estrutura de gestão e operações, e seus sistemas de informações.

O projecto VIH/FBD terminou em 2009, mas a equipa continuou a trabalhar com o MS através de um projecto de seguimento, para o fortalecimento dos sistemas de saúde.

Leia mais sobre o FBD no manual sobre o assunto, bem como no relatório de conclusão do projecto VIH/FBD.

serviços, e agências provedoras de fundos a fortalecer a capacidade de gestão, estimar custos, estabelecer tarifas, e promover sistemas de gestão financeira e de informação.

O FBD potencializa os gestores de saúde a designar recursos de uma forma que recompensa atingir as metas de saúde. Ao melhorar a capacidade e a especialização na gestão financeira e da informação o FBD fortalece a sustentabilidade e o desempenho dos ministérios de saúde, das instituições distritais e comunitárias, e das ONGs. As subvenções ou contratos baseados no desempenho já demonstraram serem eficazes para aumentar o uso dos serviços de saúde, estabilizar ou baixar os custos desses serviços, contribuir ao uso equilibrado dos recursos limitados, e melhorar a motivação, moral e retenção do pessoal.

**A abordagem colaborativa para a melhoria.** Esta metodologia foi criada para alcançar melhorias significativas – e mesmo dramáticas – numa área técnica focalizada tal como o tratamento da tuberculose resistente a múltiplos medicamentos, o oferecimento de atendimento neonatal, ou o manejo de uma doença crónica. As colaborações para melhorias complementam os elementos das intervenções tradicionais de saúde pública (normas, formação, materiais de apoio, suprimentos, e equipamentos) com características modernas de melhoria da qualidade (trabalho de equipa, análise de processo, monitoria dos resultados, e satisfação dos utentes).

Esta abordagem engaja grandes números de equipas que trabalham em diferentes unidades de saúde e áreas geográficas para melhorar a qualidade e o acesso, ao procurar alcançar objectivos comuns na área específica. Essas colaborações buscam não só melhorar a qualidade de cada centro ou unidade, mas também estender rapidamente as práticas de sucesso a múltiplos ambientes, através dos esforços de todas as equipas.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

Nesse sentido, existem dois tipos de colaborações.

1. **Colaborações de demonstração** são as equipas iniciais, formadas nas próprias unidades, que definem os detalhes de implementação das melhores práticas acordadas e, depois, implementam essas práticas em seus próprios sítios. As equipas participantes trabalham juntas para elaborar um conjunto comum de indicadores e medir seus resultados esperados. Cada equipa recolhe dados dos indicadores para suas próprias unidades e relatam regularmente esses dados às outras equipas. Como elas acompanham o progresso e os resultados e trocam experiências, as equipas podem se beneficiar rapidamente do conhecimento que as outras equipas obtiveram com as mudanças, tanto as bem como as mal sucedidas.
2. **Colaborações de expansão** buscam ampliar as melhorias já comprovadas e conduzi-las das equipas iniciais para as suas unidades/centros e, em seguida, para um grupo maior de organizações. Para atingir esses objectivos, as equipas participantes aceitam o desafio e podem lançar mão de todas as práticas de gestão e liderança vistas no Capítulo 2 deste manual.

Para obter mais informações sobre colaborações de melhoria, consulte o Projecto de Garantia de Qualidade e o Instituto para a Melhoria na Área de Saúde.

**Qualidade Definida pela Parceria (QDP).** QDP é uma ferramenta fácil de usar que pode acabar com as desfasagens de percepção entre os prestadores de serviços de saúde e os membros da comunidade, e tornar o atendimento de saúde mais sensível às necessidades das comunidades. Ela engaja as comunidades na definição, implementação e monitoria do processo de melhoria da qualidade, ao mesmo tempo que elimina barreiras sociais e culturais para uma melhor saúde, ao fortalecer a capacidade das comunidades para fazer isto, e ao criar um mecanismo de mobilização rápida em torno das prioridades de saúde.

A QDP ajuda os membros da comunidade e provedores a desenvolver uma visão comum da melhoria da qualidade que implica num acordo sobre as normas de desempenho, além de empoderá-los para trabalhar juntos como forma a atingir essa visão.

A QDP estimula os serviços de saúde e as comunidades a olhar mais além do próprio sistema de saúde e procurar soluções para as deficiências de saúde ao nível comunitário. As pessoas, as comunidades, o pessoal dos centros de saúde e os gestores distritais formam parcerias e aceitam a responsabilidade comum por melhorar os serviços de saúde.

Os utilizadores da ferramenta QDP geralmente formam equipas de melhoria da qualidade (MQ) para que possam ajudar as comunidades a continuar a monitorar sua própria forma de qualidade e manter um melhor acesso e uso dos serviços. Uma vez que os membros da comunidade se sintam empoderados para trabalhar juntos, geralmente conseguem benefícios adicionais não limitados à saúde, tais como segurança alimentar, educação e oportunidade económica.

Veja mais informações sobre a QDP no website do projecto de Ampliação da Prestação de Serviços.

**COPE (serviços de provedores eficientes orientados aos utentes).** COPE é um processo de melhoria da qualidade que permite aos profisscionais de saúde, com sua equipa, prestar serviços de saúde em uma unidade de saúde, e trabalharem com seus supervisores para avaliar seus serviços, ao usar guias de auto-avaliação baseados em normas internacionais e melhores práticas comprovadas.

Sob a orientação de um facilitador, a equipa e os supervisores utilizam uma variedade de mecanismos – entrevistas especialmente estruturadas com os utentes, com os que não utilizam os serviços, e com os utentes internos – para identificar problemas, descobrir as causas raízes, buscar soluções eficazes, e criar planos de acção realistas. Essa abordagem de auto-avaliação cria um sentimento de domínio do processo de melhoria da qualidade e um envolvimento contínuo com o mesmo.

Muitas actividades COPE são levadas a cabo enquanto o pessoal faz seu trabalho de rotina, para evitar interferir com o dia normal de trabalho. Os supervisores dos locais recebem formação para facilitar o processo COPE de forma que possam conduzir sessões de acompanhamento e introduzir o COPE a novos sítios. Os comités contínuos de COPE garantem um acompanhamento a longo prazo e o apoio institucional contínuo desse processo.

*O Manual COPE: Um Processo para Melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde* é um guia para os facilitadores orientarem os gestores, e formar facilitadores locais, guiar o pessoal do centro/unidade a usar as ferramentas COPE, e adaptar o processo e ferramentas COPE de acordo com as necessidades do centro. O manual é complementado por livros da ferramenta COPE que contêm os guiões de auto-avaliação, listas de verificação para o exame analítico de registos, guiões para entrevistas de utentes, e formulários de análise de fluxo de utentes.

O website EngenderHealth também oferece informações sobre COPE.

**Gestão e reconhecimento baseados em normas (SBM-R).** Esta é uma abordagem de gestão prática e proactiva para melhorar o desempenho e a qualidade dos serviços de saúde. Ao invés de enfatizar os problemas, a SBM-R focaliza o nível padronizado de desempenho e qualidade a ser alcançado, ao:

- definir normas de desempenho claras em torno de processos de prestação de serviço ou de conteúdos de áreas específicas; implementar as normas de uma forma sistemática e racionalizada;
- implementar as normas de uma forma sistemática e racionalizada;
- medir o progresso para guiar o processo de melhoria em direcção a essas normas;
- recompensar o alcance das normas através de mecanismos de reconhecimento.

### A gestão e o reconhecimento baseados em normas em acção em Malawi

Em colaboração com o Ministério da Saúde de Malawi, a organização internacional de saúde Jhpiego aplicou a SBM-R às práticas de prevenção e controlo de infecções, dentro da meta de proteger utentes e trabalhadores de saúde contra as infecções transmitidas por via sanguínea e TB. Implementada primeiro em sete hospitais de três regiões, a iniciativa "Higiene é Vida" já se ampliou a 35 hospitais de todo o país. A cobertura da média local ajudou a gerar demanda pela iniciativa entre os hospitais de outras áreas do país e aguçou o interesse de líderes locais, provedores e membros da comunidade.

Veja mais informações no website Jhpiego sobre histórias de sucesso em SMB-R de outros países.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

# Elemento 2:
# Garantia de acesso equitativo para todas as pessoas e comunidades

> *…os maiores ganhos em sobrevida materna, neonatal e infantil dependem do nível de eficácia para atingir os mais pobres e marginalizados, que sofrem a maior carga da doença.*
>
> Cesar G.Victora
>
> *Para uma Maior Equidade em Saúde das Mães e Recém-Nascidos*

## ACESSO EQUITATIVO PARA TODOS: O CONTEXTO

Entre as barreiras que atrasam ou impedem as famílias mais pobres de obter acesso aos cuidados de saúde, ou ter qualidade do atendimento disponível, é um factor crítico. Os utentes podem escolher não ir aos centros de saúde se tiverem que esperar muito tempo para serem atendidos, se os medicamentos ou contraceptivos de que precisam não estiverem disponíveis, se não se sentem bem-vindos ou respeitados, ou ainda se o pessoal do centro não tem a habilidade para oferecer um tratamento apropriado.

Mas mesmo quando a qualidade dos serviços é aceitável, existem outras barreiras graves. As que são reconhecidas com a maior frequência são a distância, a geografia, custo de oportunidade do tempo, e os salários perdidos. As disparidades sociais e culturais que também são de importância crítica mas, geralmente, menos óbvias. Uma das mais complexas é a classe: diferenças em situação económica, educação, idioma, etnia, valores e costumes, e posição social entre os utentes existentes ou potenciais e os provedores de saúde que os servem.

As disparidades de acesso levam a disparidades altamente significativas no uso dos serviços e, consequentemente, nos resultados de saúde. Estudos recentes conduzidos em vários países da África subsariana examinaram um pacote de quatro intervenções essenciais: atendimento pré-natal, atendimento qualificado nos partos, atendimento pós-natal, e imunização infantil. Na África subsariana e Sul da Ásia, o uso dessas intervenções foi quase 4 vezes maior entre os grupos mais ricos do que entre os mais pobres. Não causa surpresa que a mortalidade materna, neonatal e infantil sigam o mesmo padrão de variações socioeconómicas marcadas (UNICEF 2009).

As desigualdades económicas, sociais e culturais são particularmente desanimadoras para os grupos marginalizados: os pobres da área rural, os moradores de favelas, os que mais correm risco de contrair VIH e SIDA, e – cada vez mais – os mais idosos. Os gestores e provedores mais eficientes dos serviços de saúde, tanto do sector público como do privado, estão alertas às causas do acesso desigual em suas comunidades. Eles permanecem atentos aos seus próprios preconceitos socioculturais e fazem todo o esforço possível para reconhecer a dignidade de todos os utentes e tratá-los com respeito e cortesia.

Como gestor ou profissional de saúde você poderá observar atentamente os sistemas de gestão de sua organização e usar as práticas de gestão e liderança para eliminar ou reduzir os factores sistémicos que impedem certos grupos populacionais de fazerem pleno uso dos serviços. Por exemplo, pode explorar os dados de serviço e monitorar constantemente o progresso para ter certeza de que seus serviços chegam aos cidadãos mais pobres; pode formular os objectivos dos planos estratégicos e operacionais para incluir os insuficientemente servidos; e pode trabalhar para sensibilizar e alinhar colegas e líderes locais em torno dos valores, sistemas e actividades diárias que promovem a equidade.

As barreiras ao acesso não estão limitadas às populações marginalizadas acima citadas. Dois factores adicionais podem bloquear o caminho do acesso a serviços apropriados: género e idade. Nesse contexto, examinaremos as necessidades particulares tanto de mulheres e homens, e dos jovens.

## EQUIDADE DE GÉNERO

> *O género influencia significativamente a capacidade de uma pessoa de aceder aos serviços de saúde. … Em muitos lugares, a maioria das mulheres ainda é marginalizada. Sua situação – económica, social e política – deteriorou-se devido às piores condições económicas. As mulheres geralmente recebem muito menos benefícios do desenvolvimento socioeconómico do que os homens. As desigualdades tornam as mulheres mais vulneráveis aos riscos de saúde. Elas têm menos probabilidade de receber os serviços e os tratamentos correctos. … E as atitudes quanto à "masculinidade" podem resultar no facto de que alguns homens continuam a adoptar certas práticas sexuais que afectam sua saúde e colocam em perigo a saúde e a vida de suas famílias.*
>
> Management Sciences for Health
> *The Manager, vol. 9, no. 3*

## EQUIDADE DE GÉNERO: QUESTÕES PRINCIPAIS

**Definição de género.** Como discutido no Capítulo 2, por "género" queremos dizer as características, papéis e responsabilidades que a sociedade espera das mulheres e homens de qualquer idade. Essas expectativas se baseiam em atitudes sociais, em vez de diferenças biológicas. O género se expressa nas relações entre os sexos e nos pressupostos sobre o que se convencionou chamar de comportamentos apropriados. As atitudes e expectativas relacionadas ao género são aprendidas e podem mudar de uma geração para outra, de uma cultura para outra, e de um grupo social, étnico ou racial para outro, dentro da mesma cultura.

**Promoção da sensibilidade ao género.** A sensibilidade ao género vai mais além do enfoque tradicional nas desigualdades que afectam apenas as mulheres, mas sem negar a tradição do domínio masculino que torna as mulheres mais vulneráveis e menos poderosas. Essa perspectiva reconhece que a possibilidade das mulheres aproveitarem mais as oportunidades de saúde, educação e económicas não pode ser melhorada sem envolver os homens no processo.

Para que as mulheres e homens sejam parceiros no progresso e possam contribuir juntos ao desenvolvimento social e económico, a meta não é a de substituir os interesses de um grupo com os de outro mas, sim, abrir o debate e trabalhar para criar um visão nova e comum da qual todos se beneficiam.

Essa abordagem leva em consideração os diferentes papéis, relações sociais e económicas e acesso aos recursos que a sociedade impõe às mulheres e aos homens. Ela reconhece os custos financeiros, os custos de oportunidade, e as restrições sociais e culturais enfrentados por mulheres e homens que necessitam dos serviços. No campo da saúde, por exemplo, as desigualdades de influência e poder podem impedir as mulheres de viajar até um centro de saúde para obter atendimento, ou pode determinar a sua disposição para comprar ou usar um contraceptivo.

Por outro lado, a interpretação da sociedade sobre o que é a "masculinidade" poderá desencorajar os homens de adquirir informações de saúde, usar preservativos, ou buscar tratamento para as infecções transmitidas sexualmente (ITS).

## Uso da perspectiva de género para reduzir barreiras – Exemplos do Afeganistão, Peru e Jordânia

**Formação de parteiras no Afeganistão, com base nas competências.** No Afeganistão, a mortalidade materna – mortes de mulheres durante a gravidez ou após o parto, por causas relacionadas à gravidez – é uma das mais elevadas do mundo. As barreiras geográficas e as restrições sociais tornam extremamente difícil para as mulheres de áreas rurais procurar os centros de saúde para o atendimento pré-natal, durante o parto, e pós-natal.

Para levar esses serviços aos domicílios das mulheres, o Programa REACH da USAID colaborou com o Ministério da Saúde Pública e outros grupos de interesse para introduzir a formação e credenciamento de parteiras comunitárias com base nas competências. O programa deu formação a mais de 700 mulheres que se comprometeram a praticar a profissão em suas próprias comunidades após se formarem. Em especial, o programa buscou garantir a existência de um ambiente seguro de convívio para as alunas, muitas das quais se ausentavam de seus lares pela primeira vez. Também incluiu uma rede social que cuidava dos filhos das alunas durante o período do curso.

**Autodiagnóstico no Peru.** O Projecto ReproSalud do Peru, que tem o apoio da USAID, foi criado para reduzir as barreiras sociais ao acesso das mulheres aos serviços de saúde reprodutiva, nomeadamente o poder limitado de negociação em suas relações sexuais, o isolamento social, a violência doméstica, a falta de dinheiro e a baixa auto-estima. O alvo do projecto eram as mulheres peruanas mais pobres, mais difíceis de contactar e menos atendidas e o objectivo era o de melhorar a saúde sexual e reprodutiva através do empoderamento individual e comunitário.

A principal ferramenta do projecto era o autodiagnóstico, um processo de auto-avaliação que grupos de mulheres utilizavam para identificar suas maiores preocupações ou problemas de saúde reprodutiva e para planear pequenos "projectos" para resolver esses problemas, sendo os mais comuns as infecções vaginais, "número excessivo de filhos", e o "sofrimento durante a gravidez". Os resultados dos autodiagnósticos eram usados para preparar programas de formação de mulheres seleccionadas nas comunidades para servirem como promotoras voluntárias da saúde e prestar serviços básicos de planeamento familiar e saúde reprodutiva em suas vilas e aldeias.

O projecto também trabalhou em conjunto com comités de saúde e clínicas das aldeias para incorporar os costumes tradicionais (iluminação, mobiliário, posição durante o parto) e, assim, criar ambientes mais confortáveis e caseiros para as mulheres durante o parto. Os resultados foram excelentes: 5.000 mulheres receberam formação e trabalhavam como promotoras da saúde; a taxa de prevalência contraceptiva aumento em 23%; e 82% das participantes davam à luz sob a assistência de auxiliares habilidosas de parto.

**Envolvimento masculino na Jordânia.** A USAID deu apoio ao Centro de Programas de Comunicação da Johns Hopkins University numa iniciativa de 6 anos que promoveu o envolvimento masculino no planeamento familiar e saúde reprodutiva na Jordânia. Ao fornecer informações precisas e fidedignas e ao engajar o clero islâmico, esse programa pôde combater mitos prevalentes sobre planeamento familiar, saúde reprodutiva e princípios islâmicos.

Os homens contactados através do programa aumentaram significativamente seu conhecimento sobre os métodos para o espaçamento dos filhos, demonstraram atitudes mais positivas com relação a esse espaçamento, e aumentaram a comunicação conjugal e a inclusão de suas esposas nas decisões sobre espaçamento dos filhos. Uma grande parte do sucesso do programa pode ser atribuída ao respeito demonstrado e à adesão aos princípios da lei islâmica Sharia, à Constituição Jordana, aos valores dos direitos humanos, e aos valores da sociedade jordana.

Como gestor de um programa ou de serviços de saúde, você aumentará sua eficácia e oferecerá melhores resultados de saúde aos utentes se adoptar uma perspectiva sensível ao género. Para isso, terá que considerar as diferentes necessidades de saúde de homens e mulheres e as restrições que enfrentam para aceder a serviços dentro de sua área geográfica e ambiente cultural. E quanto mais engajar todo o seu pessoal nesse esforço, mais sucesso terá no seu trabalho.

Inclusão e manutenção da perspectiva de género nos serviços. Como gestor ou provedor de serviços, poderá ter um papel de liderança ao introduzir a abordagem sensível ao género nos seus serviços. Não será necessário dedicar um programa separado à equidade de género; as organizações de maior sucesso incluem a perspectiva sensível ao género em todos os seus programas e serviços ao estabelecer e manter um conjunto básico de habilidades e atitudes entre seus funcionários:

- conscientização e percepção das questões de género;
- compromisso para tratar das questões de género que impedem o acesso aos serviços;
- capacidade de adaptar os sistemas e procedimentos de forma a acomodar a perspectiva de género;
- capacidade de criar, implementar e avaliar serviços e actividades sensíveis ao género.

Sua organização também deve se esforçar para manter a equidade de género o máximo que for possível dentro do contexto local. Isto significa uma distribuição adequada de gestores e profissionais de saúde de ambos os sexos, bem como a designação de tarefas que são apropriadas às habilidades do pessoal e às necessidades dos utentes, em vez de se ater aos papéis tradicionais associados a cada género.

## EQUIDADE DE GÉNERO: ABORDAGENS E FERRAMENTAS

**Análise de género.** Esta é uma abordagem sistemática que pode usar para examinar os factores relacionados a género no uso de seus serviços, ou para criar, implementar e avaliar projectos. O Apêndice A contém um quadro de referência para a análise de género que define os factores mais críticos que afectam a saúde das mulheres, homens, meninas e meninos. Estes factores incluem o ambiente geral, as actividades desses grupos (inclusive o trabalho remunerado ou não), seus níveis diferentes de poder na tomada de decisões, seu acesso aos recursos e controlo dos mesmos, e as normas prevalentes de género.

Junto ao seu pessoal, poderá usar a estrutura de análise de género para discutir como cada um desses factores afecta os utentes actuais e potenciais, para ter certeza de que os serviços de saúde de sua organização abordam correcta e completamente os papéis, necessidades e a participação tanto de homens quanto de mulheres.

**Lista de verificação para a gestão dos serviços de saúde sob uma perspectiva de género.** Você e seu pessoal podem usar uma lista simples de verificação para avaliar a sensibilidade ao género de sua organização, e começar a introduzir as melhorias que forem necessárias. A lista de verificação do Quadro 3 deve cobrir os passos que tomará para introduzir uma perspectiva de género nos serviços de saúde.

Há muitos exemplos de abordagens criativas para tratar das desigualdades de género na área de saúde. Veja abaixo três iniciativas que conseguiram levar serviços de saúde necessários a utentes até então mal atendidos, ao incorporar uma perspectiva de género.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

**QUADRO 3. Lista de verificação para a gestão sob uma perspectiva de género**

- Examinar as razões de adoptar uma perspectiva de género na gestão dos serviços de saúde.
- Examinar os conceitos e questões de género.
  - Introduzir a percepção sobre a questão de género, conduzir uma análise de género e explorar características e sistemas organizacionais que têm relevância para os serviços sensíveis ao género.
- Detectar preconceitos, tendenciosidades e ideias preconcebidas que você e outros possam ter, e examinar a evidência que refuta esses estereótipos.
  - Estabelecer metas e objectivos relacionados ao género para os seus serviços.
  - Identificar estratégias, actividades e indicadores de sucesso.
- Sustentar a perspectiva de género sempre que empreender novos serviços ou actividades.
- Compartilhar seus resultados e experiência com outras organizações que poderiam se beneficiar dessa perspectiva.

## COMO ATENDER ÀS NECESSIDADES ESPECIAIS DA JUVENTUDE

*Os jovens são o futuro da sociedade, mas são também, em grande escala, o seu presente. …Como mostra a evidência das estatísticas e a experiência das ONGs que se dedicam aos jovens, os adolescentes que se sentem saudáveis e felizes estão melhor equipados para contribuir às suas comunidades como jovens cidadãos, apesar das grandes mudanças que estão a ocorrer no mundo que eles estão prestes a herdar.*

Nações Unidas
*Relatório sobre a Juventude Mundial, 2003*

## AS NECESSIDADES DOS JOVENS: QUESTÕES PRINCIPAIS

**O peso da saúde reprodutiva para os jovens.** O documento Factos sobre a Política de Saúde Reprodutiva para os Jovens da USAID salienta que os jovens dos países em desenvolvimento arcam com uma parcela desproporcional das gravidezes indesejadas, das infecções transmitidas sexualmente (inclusive VIH), da violência sexual, e de outros graves problemas sociais e de saúde reprodutiva. As jovens são particularmente vulneráveis, devido aos seus sistemas reprodutivos ainda imaturos e às normas e pressões da sociedade para terem relações sexuais precoces e desprotegidas.

A USAID estabeleceu as seguintes metas de directrizes de saúde reprodutiva dos jovens:

- encorajar as gravidezes saudáveis e desejadas
- prevenir as infecções de VIH e as transmitidas sexualmente
- melhorar a situação de nutrição
- reduzir as práticas culturais nocivas
- reduzir o tráfico humano e o abuso/coerção sexual
- estímulo ao desenvolvimento económico e redução da pobreza

Para contribuir ao alcance dessas seis metas de directrizes, as organizações voltadas à juventude devem reconhecer que os jovens tendem a ter menos acesso do que os adultos a informações precisas sobre VIH e outras ITS, as opções de planeamento familiar, e a outras questões de saúde reprodutiva. Os jovens têm menos probabilidade de procurar esses serviços devido ao estigma, às pressões da sociedade, aos custos, e ao temor de que serão menosprezados pelos prestadores de serviços de saúde.

De facto, muitos profissionais de saúde se recusam a diagnosticar e tratar jovens com ITS ou outros problemas de saúde reprodutiva, ou mesmo a oferecer orientação em planeamento familiar e métodos afins, seja devido à existência de políticas restritivas (locais ou impostas por doadores) ou porque não aprovam as actividades sexuais dos jovens.

## AS NECESSIDADES DOS JOVENS: ABORDAGENS E FERRAMENTAS

**Educação comunitária e defesa de causa.** Como gestor ou provedor de serviços de saúde, você pode dar uma contribuição importante à saúde dos jovens nas comunidades a que serve, ao reconhecer e explicar que gravidez, VIH e ITS são preocupações de saúde e não questões morais. Você pode defender a criação de programas abrangentes de educação sexual nas escolas, o que traz aos jovens as informações de que necessitam para tomar decisões acertadas de saúde reprodutiva e, ao mesmo tempo, respeitar os valores locais.

O Grupo Inter-Agências de Trabalho com a Juventude (IYWG) é um recurso útil a esse esforço. Financiado pela USAID, trata-se de uma rede de ONGs, agências doadoras e agências de cooperação que fornece liderança técnica global para promover melhores resultados em saúde reprodutiva e em VIH e SIDA entre os jovens.

O IYWG compartilha suas investigações e lições aprendidas com as comunidades ligadas à saúde reprodutiva, ao VIH e ao desenvolvimento juvenil; promove estratégias para a utilização dos resultados de investigações promissoras e das melhores práticas nos programas e políticas; e luta pela adopção de um maior enfoque na juventude no âmbito dos programas de saúde reprodutiva e VIH. A rede IYWG traz informações para aqueles que trabalham com a juventude através da Youth InfoNet, uma publicação electrónica mensal com recursos de programas e resumos de investigações.

**Serviços receptivos aos jovens.** O atendimento de saúde reprodutiva receptivo aos jovens é melhor prestado através de clínicas independentes ou "centros para os jovens", onde o pessoal de atendimento é imparcial e faz os jovens solteiros, mas sexualmente activos se sentirem bem-vindos e à vontade. Esses centros devem fornecer serviços de saúde reprodutiva amplos e confidenciais que incluam o tratamento das ITS, o planeamento familiar, e os testes e aconselhamento voluntário dos jovens. Devem ter pessoal formado para aconselhar os jovens quanto à sexualidade, as práticas sexuais seguras, a prevenção da gravidez, e a prevenção de ITS e VIH.

Os ambientes mais receptivos aos jovens proporciona  o engajamento deles como parceiros no planeamento e implementação dos projectos. Eles pedem a contribuição dos jovens – tanto utentes como não utentes – sobre que mudanças seriam necessárias para tornar os serviços mais confortáveis e  receptivos. Eles envolvem os jovens na tomada de decisões sobre como os serviços são prestados, através de grupos focais, entrevistas, ou participação como membros de comités consultivos. E, finalmente, recrutam, formam e supervisionam os pares-conselheiros, ao oferecer recompensas não monetárias pelo bom desempenho.

Um guião útil nesse sentido é "Uma Avaliação Rápida de Serviços de Saúde Reprodutiva Receptivos aos Jovens". Essa ferramenta prática foi concebida para os gestores e provedores avaliarem e aperfeiçoarem os serviços focalizados na juventude. O pessoal pode registar dados que cobrem informações de antecedentes, quantidade de utentes, variedade dos serviços oferecidos, programação de serviços disponíveis a cada dia, e detalhes relacionados ao pessoal e à supervisão. O guia inclui secções onde o pessoal pode registar informações sobre 12 características favoráveis aos jovens: localização, horário, ambiente do centro/unidade, preparação do pessoal, serviços oferecidos, educação/orientação dadas por pares,

actividades educacionais, envolvimento dos jovens, políticas de apoio, procedimentos administrativos, publicidade/recrutamento, e taxas/tarifas cobradas.

A introdução de serviços amigáveis aos jovens poderá exigir um planeamento que abranja todos os sectores ou departamentos no nível central do Ministério da Saúde e de outros ministérios, inclusive com redistribuição de algumas rubricas dos orçamentos respectivos.

## Os Jovens em Acção – Exemplos do Haiti e Moçambique

**Desenvolvimento da liderança entre os jovens do Haiti.** Na Cité Soleil do Haiti, os jovens participaram do primeiro Programa de Desenvolvimento da Liderança (PDL) para jovens, apoiado pela USAID e co-facilitado pela MSH e duas organizações locais, a *Fondation pour la Santé Reproductrice et l'Education Familiale* (FOSREF) e a *Maison l'Arc-en-Ciel* (MAEC), bem como o Ministério da Saúde do Haiti.

Ao longo de vários meses, as equipas participantes aprenderam as práticas de liderança e gestão e aplicaram essas práticas ao manejo do VIH e SIDA e a outros desafios de saúde sexual e reprodutiva de suas comunidades. A equipas estabeleceram metas mensuráveis, elaboraram planos de acção, e contactaram outros membros da comunidade para mobilizá-los no trabalho. Quando terminaram o programa PDL, as equipas já tinham formado 4.450 jovens quanto à prevenção de VIH; formado outros 252 jovens em questões relacionadas à discriminação e ao estigma associados ao VIH e SIDA; e formado 90 jovens como pares-educadores para acções mais amplas de acção social para a prevenção do VIH, infecções transmitidas sexualmente, e prevenção da gravidez entre adolescentes.

**Trechos de uma canção de rap composta por jovens participantes do programa PDL (traduzido do Criolo Haitiano)**

*SIDA é nosso maior desafio e, ao espalhar, causou muito sofrimento.*
*Enfrentar esse desafio não fará a doença parar*
*Mas é uma forma de evitar que outros também se infectem. …*

*Vejam por que a liderança e gestão têm que seguir juntas:*
*Se estiver informado, poderá planejar, se concentrar, se organizar.*
*É preciso ter visão, clareza e apoio para enfrentar os desafios.*

*Jovens, vamos nos unir! Vamos participar juntos dessa luta."*

**Prevenção do VIH entre os jovens de Moçambique.** O projecto Jovens em Acção da Pathfinder International reforçou iniciativas baseadas em escolas e comunidades de prevenção do VIH entre adolescentes e outros jovens de Moçambique. Ao trabalhar com associações locais de jovens e ONGs, o projecto permitiu que os jovens de um distrito não só se protegessem contra as IST e infecção por VIH, mas também adoptassem e mantivessem estilos de vida mais saudáveis; engajou os jovens como agentes de transformação em suas próprias comunidades, com capacidade para ter impacto sobre o conhecimento, as atitudes e as práticas de sua geração. O projecto, apoiado pela Trocaire, uma ONG irlandesa, enfatizou o fortalecimento da capacidade das associações de jovens para criar e manter seus próprios programas sustentáveis e lutar por políticas e programas locais e nacionais favoráveis aos serviços orientados aos jovens.

# Elemento 3:
# Prestação de serviços integrados

> *A limitada evidência disponível sugere que as abordagens integradas de prestação de serviços de saúde, comparadas às abordagens verticalizadas, melhoram os resultados em áreas seleccionadas. …Na prática, a maioria dos serviços de saúde combina elementos verticais e integrados, com graus variáveis de equilíbrio entre eles.*
>
> Conferência Ministerial Europeia da OMS sobre Sistemas de Saúde
> *Nota Informativa, 2008*

## PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS INTEGRADOS: O CONTEXTO

O debate sobre as vantagens e desvantagens de serviços integrados ou verticais tem persistido por toda a história da assistência externa. Os que são a favor dos **serviços verticais** – que focalizam populações demográficas, doenças ou intervenções de saúde específicas – apontam as seguintes vantagens dos serviços verticais:

- Os papéis e responsabilidades do pessoal podem ser definidos claramente e focalizados num conjunto de tarefas que os indivíduos podem realmente dominar, dentro do razoável.
- É mais fácil tomar decisões rápidas, monitorar o progresso e avaliar os resultados.
- Os serviços verticais podem geralmente juntar mais recursos para lidar com as crises de saúde pública.
- Os serviços integrados podem exigir sistemas e habilidades que colocam uma carga muito grande sobre os provedores de serviços, supervisores e gestores, o que acaba por levar a uma queda na qualidade do atendimento em todos os serviços.

Os que apoiam os **serviços integrados** – pacotes de intervenções preventivas e curativas de saúde que tratam de problemas inter-relacionados de saúde para grandes grupos populacionais – respondem com os seguintes aspectos:

- Os serviços integrados oferecem aos utentes serviços mais convenientes e abrangentes.
- Possibilitam a existência de sistemas e subsistemas de gestão mais racionalizados e de maior custo-benefício (supervisão, programações clínicas, logística, etc.) no ponto de prestação dos serviços.
- A integração já é uma realidade em muitos centros de nível mais baixo, onde uma ou duas pessoas prestam todos os serviços.
- A integração formal dos sistemas permite que os provedores aperfeiçoem suas habilidades clínicas e de aconselhamento.
- Os programas verticais de cima para baixo causam confusão, duplicação e desperdício ao impor aos provedores diferentes mecanismos de captação de fundos, currículos de formação, sistemas de supervisão, sistemas de informação, e apresentação de relatórios.

O website da OMS oferece mais informações sobre os serviços integrados, assim como duas edições da publicação *The Manager*, uma sobre a gestão de serviços integrados, e a outra sobre a integração entre Serviços de DTS e VIH em situações de saúde reprodutiva. Além disso, um documento de posição da MSH descreve uma abordagem sistemática para combater o VIH e SIDA.

## PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS INTEGRADOS: QUESTÕES ESSENCIAIS

**Definição da integração.** Os serviços de saúde integrados podem ser definidos como uma longa variedade de possibilidades, desde um serviço mais limitado (a combinação de dois serviços, anteriormente separados, para formar um único serviço coordenado) até abranger uma grande gama de serviços (um pacote inteiro de serviços de saúde preventiva e curativa, disponíveis em um local que prestamúltiplos serviços sob um único gestor).

As definições também variam de acordo com as diferentes perspectivas de utentes, provedores, gestores de saúde e responsáveis por políticas públicas.

- Para o **utente**, a integração significa um atendimento de saúde ininterrupto, fácil de navegar e coordenado. Significa ter um profissional de saúde a cuidar da pessoa como um todo, em vez de cuidar de uma doença em particular e, finalmente, significa uma boa comunicação entre os profissionais de saúde que estão a trabalhar em diferentes níveis da estrutura.
- Para os **provedores**, a integração significa coordenação dos sistemas de gestão para diferentes serviços técnicos, particularmente a gestão de medicamentos, informações e finanças. Essa coordenação é diferente em diferentes níveis do sistema. No nível primário, onde há muitas vezes um único trabalhador de saúde, a prestação integrada dos serviços é uma realidade, porém o trabalho desse funcionário pode se tornar mais fácil ou difícil conforme estejam organizados os sistemas de apoio à gestão. Um hospital terciário, na outra ponta do espectro, poderá ter entre seus funcionários vários especialistas que precisam se comunicar bem entre si para coordenar o atendimento de cada utente e para usar eficientemente os equipamentos, suprimentos, espaço e pessoal.
- Para os **gestores de saúde e responsáveis pelas políticas públicas**, seja no nível distrital, provincial ou nacional, a integração acontece quando líderes de diferentes programas técnicos dos sectores de saúde públicos, privados e voluntários rompem as barreiras que os separam e começam a tomar decisões em comum sobre políticas, financiamento, regulamentação e prestação de serviços.

**Combinação de serviços integrados e verticais.** Apesar dos argumentos contra e a favor dos serviços integrados e verticais, a tendência no mundo em desenvolvimento é rumo à integração de serviços relacionados, mesmo dentro dos programas verticais. Bons exemplos são a integração da prevenção, tratamento e atendimento relativo ao VIH com os serviços de TB, sob os auspícios do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio do SIDA (PEPFAR), ou a inclusão de Vitamina A ou mosquiteiros aos dias de imunização nacional.

A decisão de integrar é geralmente tomada nos níveis mais elevados das agências doadoras e governamentais. No entanto, é preciso trabalhar de forma produtiva sob qualquer abordagem que prevaleça no nível em que você se encontra. O desafio é certificar-se de que o pacote básico de serviços de saúde – seja como esse pacote for definido no seu caso – esteja disponível a todos os que visitem um ponto de prestação de serviços.

A disponibilidade de um pacote básico de serviços de saúde significaria que, no local de prestação dos serviços, os trabalhadores de saúde recebem formação e são supervisionados para oferecer uma gama completa de serviços – ou encaminhar os utentes a um centro de nível superior – de uma forma que garanta o acesso, que utilize o pessoal de serviço da forma mais eficaz possível, que garanta a privacidade, e que minimize os custos (inclusive o tempo gasto) para aqueles que precisam desses serviços. Nos níveis superiores, isto exige uma abordagem coordenada e multissectorial em apoio e reforço aos serviços.

**Prevenir para não perder oportunidades.** Um dos argumentos mais fortes para integrar os serviços é o potencial de usar a consulta de uma utente para recomendar ou fazer outras intervenções além das que a utente busca no momento. Por exemplo:

- Quando uma mãe traz uma criança doente, o pessoal de enfermagem, que tem formação para prestar serviços integrados, pode oferecer orientação nutricional, realizar ou marcar imunizações, e aconselhar a mãe sobre o planeamento familiar. Ele/ela poderá perguntar sobre a saúde de outros familiares e identificar sinais de advertência de problemas potenciais.
- Pode-se oferecer a uma utente, que veio buscar cuidados curativos, toda uma ampla gama de serviços preventivos para ela própria ou para seus familiares.
- Uma consulta de pré-natal pode ser uma ocasião de diagnóstico e tratamento de uma ITS, de aconselhamento e teste de VIH e, se apropriado, de serviços de prevenção da transmissão de mãe a filho (SPTMF).
- Uma utente que receba serviços de VIH de qualquer espécie é candidata à prevenção e detecção de ITS, ao aconselhamento sobre planeamento familiar, a serviços de ajuda para evitar a transmissão de VIH, e ao diagnóstico e tratamento da tuberculose.

Há muitas situações em que dois ou mais programas verticais existentes são reunidos num só pacote de serviços; duas delas são ilustradas no Quadro 4.

Todas as formas de integração exigirão mudanças que podem ser difíceis para os gestores, provedores e outros grupos de interesse. A mudança de programas verticais para programas mais integrados não pode ocorrer se não forem empreendidas acções de natureza política, técnica e administrativa em todo o sistema de saúde, a começar pelo compromisso das agências doadoras e do escalão superior do governo.

### QUADRO 4. Mudança de Programas Verticais a Programas Integrados

**Integração na gestão das doenças infantis.** O manejo integrado das doenças infantis (MIDI) é uma estratégia para tratar das cinco causas mais importantes de óbitos nos países em desenvolvimento, antes dos cinco anos de vida: diarreia, pneumonia, malária, sarampo e desnutrição. A estratégia MIDI se baseia na percepção de que muitas crianças se apresentam com sinais e sintomas sobrepostos das doenças, o que torna inadequado um único diagnóstico e tratamento.

No sistema MIDI, o pessoal que trabalha com saúde recebe formação de como avaliar, classificar e tratar a criança vista como um todo, em vez de tratar de um só problema de saúde específico. A estratégia inclui atendimento na clínica, atendimento domiciliar e busca de atendimento e tratamento a nível comunitário, e o encaminhamento às clínicas e supervisão pelas clínicas. O MIDI também reconhece a importância de aperfeiçoar os sistemas de gestão que apoiam esses funcionários: suprimentos de medicamentos, supervisão, gestão financeira, e sistemas de informações. Na Índia e em alguns outros países, o atendimento neonatal foi acrescentado ao pacote e a nova sigla para essa abordagem integrada passou a ser MIDIN.

**Integração da prevenção de VIH com o planeamento familiar.** Uma outra instância recente de integração é entre o VIH e o planeamento familiar, dois programas que tradicionalmente tem sido bem separados. O benefício de integrar esses dois serviços é o de evitar a perda de oportunidades que estão cada vez mais aparentes, já que um número cada vez maior de mulheres e homens em idade reprodutiva se infectam com o VIH ou correm o risco de se infectarem.

As mensagens essenciais sobre relações sexuais desprotegidas e sobre as habilidades de comunicação e negociação de que as pessoas necessitam para tomar decisões responsáveis estão no centro dos esforços bem-sucedidos para reduzir a transmissão do VIH e evitar as gravidezes indesejadas.

A mudança poderá colocar em situação mais complicada os programas que recebem assistência financeira e técnica focalizada num único problema de saúde. Dentro de um sistema descentralizado, são necessárias habilidades de gestão e liderança em cada nível para apoiar e coordenar as mudanças necessárias nas políticas e financiamento e nos sistemas, processos, papéis e responsabilidades institucionais.

Aqueles que trabalharam até agora, sob um sistema principalmente vertical têm maior probabilidade de serem leais ao mesmo e resistirem às mudanças das práticas com as quais já se tornaram confortáveis. Os gestores de programas recém-integrados têm que ter o entendimento e a determinação para ajudar os grupos de interesse (inclusive o pessoal) a atravessar o processo de mudança. Os provedores de serviços integrados necessitarão de uma sólida formação e de uma supervisão contínua para dominar as novas habilidades de busca, diagnóstico e resolução de problemas complexos que cobrem uma ampla gama de componentes de saúde.

## PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS INTEGRADOS: ABORDAGENS E FERRAMENTAS

**Directrizes, quadros de referência e listas de verificação para integrar o VIH e o planeamento familiar.** O K4Health Toolkit (ferramentas de conhecimentos para a saúde) inclui ligações com directrizes, pesquisas, materiais de apoio, e outros recursos e ferramentas de integração do planeamento familiar com os serviços de VIH.

Um documento de USAID de 2007, *Quadro de Referência para a Integração do Planeamento Familiar com os Serviços de Terapia Anti-Retroviral,* inclui gráficos abrangentes de pontos e níveis de entrada para o planeamento familiar integrado com informações e serviços de VIH.

Muitos programas são uma combinação de sistemas e serviços verticais e integrados. A secção do Centro de Recursos Electrónicos sobre Gestão de Serviços Integrados inclui o Modelo de Lista de Verificação para a Avaliação da Integração, que se pode usar para analisar até que ponto estão integrados os sistemas de gestão de sua organização ou programa.

Essa ferramenta cobre oito sistemas: planeamento/orçamento, organização interna, papéis e responsabilidades do pessoal, formação, supervisão, logística (inclusive veículos), sistemas de informações de gestão/monitoria, e serviços aos utentes. Ela descreve as características da gestão totalmente vertical, mista, ou totalmente integrada para cada um desses sistemas e oferece sugestões de melhoria dos sistemas para tornar um programa integrado mais eficaz.

**Integração dos testes de TB e VIH em Ruanda.** A tuberculose é a doença oportunista mais comum e causa líder de óbitos entre pessoas seropositivas. Os testes de TB para pessoas seropositivas e é a de VIH para utentes de TB permitem que essas pessoas sejam tratadas e aconselhadas sobre como continuar a conviver com ambas as doenças.

Com fundos oferecidos pelo PEPFAR, a Ruanda preparou protocolos nacionais para integrar os testes de TB e VIH. Os utentes seropositivos são testados quanto à TB em todos os centros de saúde e, entre 2005 e 2006, a percentagem de utentes de TB testados para VIH aumentou de 40% para 75%. O sucesso do PEPFAR/Ruanda em integrar rapidamente as intervenções de TB e VIH/SIDA é creditado à cooperação com o Governo de Ruanda, à capacidade de teste de VIH das enfermarias de TB, e ao uso disseminado da educação comunitária e gestão de casos.

**Integração do planeamento familiar com o atendimento e tratamento de VIH na África Oriental.** Em meados dos anos 90, a Pathfinder International reconheceu que muitas mulheres seropositivas em VIH na África Oriental não vinham obtendo contraceptivos nos centros de saúde, porque os serviços de saúde eram de opinião que elas não deveriam

ser sexualmente activas. Para combater essa discriminação, a Pathfinder acrescentou um programa de atendimento domiciliar comunitário (CHBC, sigla em inglês) para cobrir vários países na sua distribuição de planeamento familiar de base comunitária.

Sob o programa integrado, os voluntários da Etiópia, Quénia e Tanzânia foram treinados para fornecer aos utentes seropositivos em VIH, bem como às suas famílias e membros da comunidade, uma gama completa de serviços de prevenção do VIH e atendimento e apoio aos casos de SIDA. Os provedores voluntários de CHBC estão particularmente aptos a tratar das necessidades de planeamento familiar dos domicílios afectados pelo VIH, porque muitos deles são eles próprios seropositivos em VIH. Esse serviço integrado está a fortalecer as sinergias para a educação sobre relações sexuais mais seguras, promoção da protecção dupla, e redução do estigma.

## Elemento 4: Ampliação

> *Às vezes, as boas ideias se disseminam por conta própria. Elas podem ser tão revolucionárias, incluir tecnologia tão pioneira, e atender a necessidades tão prementes que se proliferam sem qualquer obstáculo. Mas a maioria das grandes ideias não se dissemina com tanta facilidade. Elas exigem o respaldo e a energia de indivíduos e organizações empenhados na criação e realização de estratégias de expansão cuidadosamente adaptadas às realidades de seus ambientes. Surge assim para a discussão a questão da ampliação sustentável.*
>
> Ruth Simmons, Peter Fajans e Laura Ghiron
> *Ampliação da Prestação de Serviços de Saúde*

### AMPLIAÇÃO: O CONTEXTO

Há muitas definições de ampliação. Um Resumo Técnico da OMS, "Ampliação dos Serviços de Saúde: Desafios e Opções", oferece uma das definições mais claras e abrangentes: "é o esforço de magnificar o impacto de inovações de serviços de saúde testadas com sucesso em projectos-piloto ou experimentais, de forma a beneficiar mais pessoas e a promover o desenvolvimento de políticas e programas de forma duradoura". (OMS 2008b)

Esta definição implica que a equidade e a sustentabilidade são elementos essenciais da ampliação dos serviços. A definição se aplica não só a programas piloto inovadores; ela é igualmente aplicável ao aumento da cobertura de intervenções bem reconhecidas tais como a imunização e o espaçamento dos partos.

A OMS delineia a ampliação em quatro níveis que reflectem os níveis de resultados discutidos neste manual na secção do Capítulo 9 intitulada "Quadros de Referência para a Formulação e M&A dos Serviços de Saúde":

- **insumos/recursos:** mobilização de mais fundos e mais pessoal
- **produtos:** prestação de mais serviços (acesso, amplitude); melhor desempenho (qualidade, eficiência)
- **resultados:** alcance de um número maior de pessoas (cobertura), atracção de mais utentes (utilização)
- **impacto:** redução da morbidade ou mortalidade

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

## AMPLIAÇÃO: QUESTÕES PRINCIPAIS

**Escolha e adaptação das práticas baseadas em evidências.** Será preciso recolher informações sobre as práticas que foram ampliadas com sucesso em contextos comparáveis de prestação de serviços. Provavelmente, encontrará muitos exemplos convincentes de uma variedade de ambientes ou situações. Sua tarefa é a de seleccionar as práticas mais apropriadas entre as que considerou – práticas que você e seu pessoal têm a capacidade e os recursos para adaptar às necessidades de sua organização.

Talvez seja então necessário defender as suas opções perante os tomadores de decisões de dentro e fora de sua organização, ao comunicar persuasivamente os resultados de sua busca e a justificativa de escolher adoptar as novas práticas.

Para encontrar informações disponíveis livremente sobre práticas baseadas em evidências na Internet, será preciso buscar fontes confiáveis e precisas e deixar de lado aquelas que, apesar de parecerem convincentes, são na verdade tendenciosas, imprecisas e enganosas. Comece com buscas focalizadas em websites respeitados, tais como os listados no Quadro 5.

Veja em seguida algumas recomendações para obter a informação que deseja de um website.

- O uso dos títulos de assuntos que aparecem nos websites, em vez de buscar por palavras-chave, permite muitas vezes encontrar as informações mais rapidamente.
- Se precisar usar palavras-chave em sua busca, defina seu tópico o mais precisamente possível. Por exemplo, a busca de "crianças VIH SIDA África programas 2007 a 2010" resultará em informação mais pertinente sobre as intervenções actuais do que simplesmente "crianças VIH SIDA África."
- Os dispositivos de busca tais como Google ou bing! poderão levá-lo a publicações disponíveis somente aos assinantes, as quais limitam a quantidade de informações que você pode obter gratuitamente. Para contornar essa dificuldade, você pode usar os "portais de informações" – ou seja, sites que consolidam diferentes tipos de informações de muitas fontes. **Biblioteca Global de Saúde** (www.globalhealthlibrary.net) da OMS e o website **Partners in Information Access** (www.phpartners.org) do Governo dos EUA são bons exemplos, como são também os websites **Cochrane Library** e **Knowledge for Health** descritos no Quadro 5.
- Nem todas as publicações especializadas dependem de assinatura. **The Directory of Open Access Journals** (www.doaj.org) se liga com numerosas publicações de saúde pública cujo conteúdo é comentado por colegas ou pares e são colocados à disposição gratuitamente por todo o mundo. Muitas dessas publicações estão incluídas nos portais de informações indicados acima.

**Identificação e tratamento das restrições.** Se, em geral, a mudança é tão prevalente no sector de saúde, por que a ampliação é tão difícil e são tão raras as ampliações de sucesso? Em geral, os fracassos são atribuídos à limitação de recursos e a barreiras geográficas, políticas e socioculturais insuperáveis. Essas restrições gerais se manifestam em quatro áreas:

- **desembolso de fundos:** a escassez de fundos ou, mesmo quando há fundos disponíveis, a ausência de um sistema eficiente de desembolso dos mesmos;
- **comunicação:** informações técnicas e financeiras não compartilhadas que, de outra forma, permitiriam às pessoas em muitos lugares diferentes adaptarem as intervenções de forma conveniente aos valores ou circunstâncias locais;
- **demanda:** uma demanda por serviços que não corresponde à oferta ampliada;
- **ambiente político e legal:** políticas ou leis que impedem o progresso.

### QUADRO 5. Algumas Fontes de Informações da Internet sobre Práticas Baseadas em Evidências

- **Cochrane Library** (http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html) fornece informações sobre os efeitos das práticas clínicas e examina intervenções cuja intenção é a de ajudar os trabalhadores de saúde a tomar decisões bem informadas.
- **Knowledge for Health** (https://www.k4health.org) oferece informações sobre práticas para fins de planeamento familiar/saúde reprodutiva e VIH/SIDA, com caixas de ferramentas (toolkits) para formação, directrizes, conhecimentos, e defesa de causas. O site tem incluído cinco cursos gratuitos online sobre doenças específicas, directrizes e práticas. Dentro desse site, encontrará o documento Planeamento Familiar: Um Manual Global para os Provedores de Serviços, que contém informações e directrizes actualizadas sobre todos os métodos de planeamento familiar.
- **The Lancet Series** (http://www.thelancet.com/series) é uma colectânea de artigos relacionados que trata de tópicos clinicamente importantes, e áreas de saúde e medicina que muitas vezes são ignoradas por programas de pesquisa tradicionais e por publicações médicas. Por exemplo, o tema da Lancet Series de Janeiro de 2010 foi o descuido com as doenças tropicais.
- **MedLine Plus** (http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/healthtopics.html) publicação conjunta do National Institutes of Health e da US National Library of Medicine. MedLine Plus oferece informações básicas sobre vários tópicos de saúde; vínculos com investigações actualizadas, inclusive estudos clínicos; além de dicionários e glossários.
- **MSH Health Manager's Toolkit** (http://erc.msh.org/toolkit) é um compêndio de ferramentas desenvolvidas e testadas por organizações do mundo inteiro que ajudam os profissionais de saúde a oferecerem serviços de saúde acessíveis, de alta qualidade e sustentáveis.
- **The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Knowledge Center** (http://www.unaids.org/) oferece muitos recursos relacionados a VIH/SIDA. O site tem um rico volume de informações sobre as políticas da UNAIDS, cada um de seus 10 alvos e compromissos de eliminação do VIH/SIDA, dados regionais e nacionais, publicações e outros recursos.
- **World Health Organization Health Topics** (http://www.who.int/topics/en/) contém informações gerais e técnicas e publicações recentes sobre uma ampla gama de tópicos de saúde, bem como informações sobre os programas da OMS que focalizam áreas particulares de saúde.

Subjacentes a essas restrições podem estar não só uma falta de capacidade técnica e de gestão por parte daqueles com potencial de adoptarem uma intervenção, mas também a ausência de um compromisso político ou aceitação da intervenção a nível local.

A conferência sobre Ampliação da Saúde, organizada pela BRAC (uma ONG internacional dedicada principalmente ao desenvolvimento económico), pela Fundação Gates, e pela Fundação Rockefeller (IDS 2008), definiu os requisitos essenciais para superar as barreiras à ampliação dos serviços:

- Planear a ampliação desde o início da intervenção;
- Planear um conjunto de habilidades diferentes das obrigatórias, para desenvolver a intervenção. Estas incluem a análise política (saber quem ganhará ou perderá com as mudanças propostas); análise institucional (avaliar a capacidade das organizações de se ampliarem, e dos regulamentos de mudarem, conforme necessário); mobilização (para gerar demanda); comunicação (preparar mensagens que expliquem e estimulem o uso eficaz); avaliação de riscos (se preparar para eventos imprevistos e saber manejá-los);

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

- Reconhecer os fracassos e aprender com eles. Isto exige a capacidade de resolver problemas na medida em que surjam, e a flexibilidade de tomar novos rumos quando os eventos não funcionam como planeado;
- Conduzir a monitoria e avaliação durante tanto o teste como a ampliação, para poder distinguir entre a eficácia da própria intervenção e a eficácia do processo de ampliação, bem como para monitorar os custos em ambas as fases.

**Chamado a uma colaboração intersectorial.** Fontes recentes de financiamento à saúde – o Fundo Global de Luta contra o SIDA, a Tuberculose e a Malária; PEPFAR; a Iniciativa do Presidente contra a Malária (PMI); o Banco Mundial – reflectem um entendimento de que nenhum sector único pode tratar com sucesso de todas as restrições e desencadear todas as mudanças necessárias.

A colaboração para a ampliação geralmente envolve os sectores tanto público como privado, que dão suas contribuições singulares ao procurar alcançar diferentes grupos populacionais, ao trabalhar em diferentes cenários, ao fornecer diferentes tipos de especialização técnica e de gestão, e ao criar inovações voltadas a diferentes necessidades. A colaboração intersectorial para a ampliação das práticas de saúde pode também trazer as contribuições de todos os sectores económicos/sociais – não só atendimento de saúde, mas educação, agricultura e indústria.

**Ampliação e mudança.** A ampliação em qualquer nível exige mudanças nas práticas clínicas, práticas dos provedores de serviços de saúde, práticas de gestão, e sistemas de gestão. Os recursos tem que ser realocados e os papéis adaptados, do que possivelmente resulta uma perda de status para algumas pessoas. Uma ampliação de maior porte poderá envolver mudanças nas estratégias e estruturas organizacionais. Com os anos, os profissionais de saúde e desenvolvimento aprenderam que uma mudança de sucesso leva tempo e exige um actuação forte da liderança.

Todos os que trabalham para melhorar a saúde – desde as agências doadoras internacionais ao pessoal clínico de enfermagem e aos líderes das aldeias – estão envolvidos no estímulo, direcção e implementação da mudança. De acordo com Everett Rogers, pioneiro na discussão da teoria das inovações sobre como se disseminam as novas ideias, produtos ou comportamentos, há cinco tipos de adoptantes (2003). As caracterizações a seguir se aplicam tanto a indivíduos como organizações.

- **Inovadores.** Os inovadores são relativamente raros; são os primeiros a adoptar uma nova ideia, tecnologia ou abordagem, mesmo que isto envolva algum risco.
- **Adoptantes precoces** não ficam muito atrás e adoptam as novas ideias assim que os benefícios se tornam aparentes. São rápidos para perceber quando uma nova prática pode ajudá-los a alcançar suas metas e também estão dispostos a correr algum risco.
- **Maioria precoce** e **maioria tardia.** Juntos, estes grupos incluem mais de metade da população. A maioria precoce quer evidência dos benefícios, facilidade de adopção e custo razoável. A maioria tardia não gosta dos riscos, não está à vontade com novas ideias, e demonstra ser ainda mais lenta e reticente a adoptar uma inovação.
- **Os que custam a mudar**. Esses retardatários constituem geralmente uma pequena percentagem de qualquer grupo. Talvez resistam à mudança até não poderem mais ignorar os melhores resultados ou até serem obrigados a adoptar a nova prática, se quiserem manter seu emprego.

Verá, provavelmente, que as pessoas reagem às mudanças de várias formas. Os principais papéis na difusão das inovações são os seguintes:

- **Líderes de opinião.** Os líderes de opinião podem disseminar novas ideias através de suas redes sociais, sendo que suas ideias e comportamentos são importantes para os outros. O apoio de um líder de opinião poderá lhe ajudar a implementar mudanças.
- **Agente de mudança.** Se estiver convencido que uma prática ou conjunto de práticas que funcionou numa determinada situação pode ser ampliada para melhorar os serviços em outras situações, você também poderá actuar como um agente de mudança, ao transmitir seu compromisso e entusiasmo e ao obter a aprovação e adesão dos membros do pessoal que farão o trabalho quotidiano mais difícil de implementar a mudança.
- **Equipa de mudança.** A tarefa será muito mais fácil se você trabalhar com uma equipa de mudança que compartilha a sua visão sobre a importância das novas práticas. A maioria do pessoal precisa estar ciente de como as mudanças ajudarão a enfrentar um desafio organizacional e a melhorar o atendimento aos utentes.

Seja qual for a categoria em que se encaixarem, os implementadores em potencial têm que estar convencidos de que a nova prática:

- enfrenta os desafios identificados e oferece claros benefícios a si próprios e às pessoas que servem;
- pode ser testada sem enormes investimentos ou riscos;
- é coerente com os valores organizacionais;
- pode ser implementada sem perturbar seriamente os serviços actuais.

## AMPLIAÇÃO: ABORDAGENS E FERRAMENTAS

**Um quadro conceptual e passos de uma estratégia de ampliação.** A publicação *Guia Prático para Ampliar as Inovações nos Serviços de Saúde* apresenta um quadro de referência que oferece um contexto e processo para os esforços de ampliação (OMS 2009). Esse quadro conceptual engloba cinco elementos essenciais de uma ampliação bem-sucedida:

1. A **inovação** (uma intervenção de saúde ou pacote de intervenções);
2. A **organização utilizadora** (a organização prevista para adoptar a inovação);
3. O **ambiente externo** (condições e instituições que afectam as perspectivas de ampliação);
4. A **equipa de recursos** (indivíduos e organizações que promoverão um uso mais amplo da inovação);
5. As **áreas de escolha estratégica** (plano, acções e escolhas estratégicas para estabelecer a inovação nas políticas, programas e serviços).

Esses elementos se traduzem em passos necessários para uma ampliação bem-sucedida. O quadro se fundamenta nos princípios de "respeito, satisfação e promoção dos direitos humanos. Isto significa integrar as normas de direitos humanos nas iniciativas de ampliação, inclusive a dignidade humana, a atenção às necessidades e direitos dos grupos vulneráveis, e uma ênfase em garantir que serviços de saúde de qualidade estarão acessíveis a todos" (OMS 2009).

## Como aproveitar a experiência, os dados e o entusiasmo para fazer uma ampliação – Exemplos do Senegal e Egipto

**Ampliação do cuidados pós-aborto (CPA) no Senegal.** No final dos anos 90, o Ministério da Saúde do Senegal iniciou um estudo piloto de um modelo de cuidados pós-aborto baseados em parcerias da comunidade com provedores de serviços; aconselhamento; tratamento; serviços de contraceptivos, planeamento familiar e saúde reprodutiva; e outros serviços de saúde. O estudo piloto mostrou que o modelo CPA poderia funcionar bem em ambientes secundários e terciários. Estudos posteriores conduzidos por IntraHealth e EngenderHealth em alguns distritos rurais mostraram que o modelo poderia também ter sucesso em centros de saúde primários e comunitários.

Com base nesses estudos, a MSH colaborou com o Ministério da Saúde para implementar o modelo em 23 distritos de saúde rurais que cobriam mais de metade da população do Senegal. A ampliação teve quatro fases. Começou com uma avaliação da disponibilidade e qualidade do tratamento pós-aborto nas áreas rurais. Em seguida, ela deu formação voltada às capacidades e necessidades dos prestadores de serviços e dos supervisores, 90% dos quais eram parteiras, enfermeiras e conselheiras em postos de saúde e centros de saúde. Os dados foram recolhidos por meio de um registo de CPA em todas as unidades de intervenção.

Finalmente, o esforço de ampliação incorporou uma supervisão interessada que engajou as provedoras, as equipas de gestão dos cuidados de saúde a nível distrital, bem como membros da comunidade muito bem formadas em planeamento e implementação de melhorias de CPA. Essa ampliação cuidadosamente faseada fez com que mais do que duplicasse o número de mulheres que buscavam e recebiam serviços de CPA nos postos de saúde e clínicas, e quadruplicou o número que saía do centro com um método moderno de planeamento familiar.

**Ampliação dos bons casos de liderança e gestão no Egipto.** Quando o governo de Aswan, no Egipto, concluiu em 2013 o programa de desenvolvimento da liderança administrado pela MSH, as 10 equipas participantes – pessoal médico, de enfermagem e trabalhadores sociais de hospitais e clínicas de toda a região – ficaram tão entusiasmadas com os resultados alcançados que decidiram continuar o programa com recursos próprios.

Ao aplicar as práticas de liderança e gestão para resolver desafios dos serviços de saúde, tinham melhorado significativamente os indicadores de prestação de serviços e as operações das unidades de saúde primária.

Viram mudanças impressionantes na forma como o pessoal trabalhava com seus colegas e na forma que as utentes eram atendidas.

Um ano e meio depois, o programa já tinha se espalhado para cobrir 78 unidades rurais de saúde em cinco distritos de Aswan, e o campo já havia sido preparado para ampliar o programa nacionalmente. Os participantes no segundo ano do PDL aumentaram o volume de visitas de pré-natal e de atendimento infantil, criaram um novo sistema de informações médicas, e aumentaram o uso de contraceptivos. Os materiais do programa foram padronizados, novos facilitadores de PDL foram recrutados e treinados, e os sistemas de gestão foram fortalecidos para fornecer um apoio contínuo ao esforço de outros governos em todo o Egipto.

Em 2005, 25 médicos do Afeganistão visitaram o programa de Aswan, viram as semelhanças em termos de preocupações e culturas entre o Afeganistão e o Egipto, e retornaram para iniciar um programa de desenvolvimento da liderança de grande sucesso em seu próprios país.

**A abordagem de colaboração de melhoria da qualidade.** Como descrito no Elemento 1: Estabelecimento e Manutenção de Serviços de Alta Qualidade, esta abordagem engaja as equipas de diferentes locais num esforço conjunto para alcançar objectivos comuns. Além do foco na qualidade, as colaborações de melhoria são criadas para ampliar as melhorias ao disseminar rapidamente as práticas bem-sucedidas às organizações que participam da colaboração e, finalmente, a outras organizações também.

**O processo de mudança.** Para ampliar as mudanças relativamente pequenas, os gestores e provedores de saúde podem implementar o processo de mudança em fases que reflectem as práticas de liderança e gestão:

- **Fase 1:** Reconhecer um desafio – a desfasagem entre a realização desejada e a realização efectiva. **(Explorar)**
- **Fase 2:** Identificar práticas promissoras para melhorar os serviços. **(Focalizar)**
- **Fase 3:** Adaptar e testar a prática promissora ou conjunto de práticas para certificar-se de que se encaixa no contexto e para resolver quaisquer dificuldades que existam num ambiente limitado. **(Organizar)**
- **Fase 4:** Implementar a nova prática ou práticas, ao montar uma base de apoio que tornará possível passar da adaptação à aplicação efectiva. **(Organizar, alinhar/mobilizar, implementar)**
- **Fase 5:** Ampliar a nova prática bem-sucedida e os sistemas que a sustentam. **(Todas as práticas de liderança e gestão)**

## Elemento 5: Oferecimento de atendimento de saúde primária com base na comunidade

*Um encontro de ministros de saúde de todo o mundo em Alma-Ata, Cazaquistão, em 1978, foi possivelmente a conferência mais influente desse tipo na história da saúde pública. A Declaração de Alma-Ata continua a ser um dos documentos mais influentes, entre os debatidos na área de saúde, ao fazer um chamado para o envolvimento significativo das comunidades na formulação e controlo dos serviços de saúde de custo acessível. Isto poderia funcionar para os bilhões de pobres hoje em dia?…Certamente que sim!*

Jon Rohde e John Wyon
*Atendimento de Saúde de Base Comunitária: Lições de Bangladeche a Boston*

### ATENDIMENTO DE SAÚDE DE BASE COMUNITÁRIA: O CONTEXTO

Quais são as características dos serviços de saúde comunitária duradouros e bem-sucedidos?

Um grupo de trabalho da Secção de Saúde Internacional da Associação Americana de Saúde Pública concluiu recentemente um estudo da eficácia da Atenção Primária de Saúde de Base Comunitária (CBPHC, em inglês) na melhoria da saúde das crianças em situações de alta mortalidade e poucos recursos. Os responsáveis pelo estudo examinaram os programas CBPHC que já estavam em funcionamento há 10 anos ou mais e que tinham tido sucesso na melhoria da saúde das crianças. Em todos eles, constataram a existência de:

- uma ampla gama de serviços de atenção primária de saúde, inclusive planeamento familiar e saúde reprodutiva;
- encaminhamento para o atendimento pelos níveis mais elevados;
- uso de ACS e apoio aos mesmos através de formação e supervisão eficientes;

- visitas domiciliares rotineiras e sistemáticas;
- uma intensa parceria entre a comunidade e o programa de saúde do governo;
- um alto nível de confiança da comunidade no programa de saúde;
- tratamento dos utentes com um alto nível de respeito.

Um desafio para os gestores e provedores de serviços é o de fazer com que essas características prevaleçam nas comunidades a que servem.

## ATENDIMENTO DE SAÚDE DE BASE COMUNITÁRIA: QUESTÕES PRINCIPAIS

**Promoção da participação comunitária.** As comunidades que se engajam activamente na promoção, prestação e apoio aos seus serviços de saúde têm um maior entendimento e compromisso com as opções saudáveis. As comunidades engajadas estabelecem um ambiente que estimula mais residentes a usarem os serviços de saúde.

O envolvimento das comunidades aumenta a probabilidade de que contribuirão financeiramente e em espécie e que ajudarão a identificar fontes suplementares de captação de fundos fora da comunidade, permitindo aos programas de saúde atingirem novos segmentos da população. A participação da comunidade traz também soluções locais aos problemas da prestação de serviços, ao responder directamente às preocupações e necessidades dos utentes actuais ou potenciais.

Para obter esses benefícios, a participação tem que ser real e significativa. As directrizes nacionais devem promover activamente o envolvimento comunitário e dar às organizações da sociedade civil, aos comités consultivos comunitários, aos líderes comunitários formais e informais, ao governo local, e aos serviços de base comunitária um papel substancial nas decisões sobre seus serviços de saúde. Para desempenhar esses papéis de forma eficaz, esses grupos e indivíduos precisam reforçar suas habilidades de planeamento, formação, supervisão e monitoria das actividades e dos fundos.

**Prestação de serviços de saúde de base comunitária.** A prestação de serviços de saúde dentro da comunidade depende dos ASCs: membros da comunidade que sejam motivados, que tenham boa formação, sejam bem supervisionados, e que tenham os medicamentos e suprimentos de que necessitam para dar instrução de saúde e atendimento básico aos seus vizinhos.

Os ACSs podem prestar uma ampla gama de serviços. Podem promover opções saudáveis de estilo de vida, oferecer atendimento preventivo, monitorar a saúde da comunidade, identificar utentes com riscos particulares, diagnosticar e tratar de males comuns, prestar serviços curativos básicos, distribuir preservativos e reabastecer os utentes com contraceptivos orais e injectáveis. Podem encaminhar utentes a centros de saúde e actuar como elementos críticos de ligação entre as comunidades e os centros de saúde, interpretar o clima social para os profissionais que actuam nos centros, e funcionar como o primeiro sinal de alerta quanto a problemas emergentes de saúde pública.

A gama de serviços que os ACSs têm permissão para prestar é determinada em grande parte pela política governamental. Em muitos países, a falta de uma liderança eficaz e de visão nos níveis nacional e provincial tem impedido os ACSs de oferecerem um atendimento que poderia ter um impacto real. Um exemplo é a relutância dos governos em permitir que os TSCs tratem crianças com pneumonia com antibióticos – apesar da declaração conjunta da OMS e UNICEF que recomenda essa prática (OMS/UNICEF 2004).

Outro exemplo é a recusa de algumas autoridades em permitir que os ACSs administrem injecções contraceptivas ou reabasteçam as utentes com contraceptivos orais.

Quando o pessoal médico e de enfermagem não está disponível e os centros de saúde se encontram inacessíveis, essas restrições significam que as utentes passam a não contar com serviços eficazes para atender suas necessidades comuns de saúde.

**Ligações da comunidade com os centros de saúde.** Os centros ou unidades de saúde são essenciais ao desempenho de várias funções que apoiam a atenção primária de saúde nas comunidades, entre elas, a formação e supervisão dos ACSs, encaminhamento e contra-encaminhamento dos utentes, exames laboratoriais e, em alguns casos, fornecimento de produtos farmacêuticos e suprimentos médicos.

A qualidade do trabalho dos ACSs depende grandemente da qualidade da formação e supervisão ministradas pelo próprio pessoal dos centros/unidades. Os instrutores e supervisores precisam estar seguros do seu conhecimento de todas as áreas pelas quais os ACSs são responsáveis. Precisam de habilidades específicas para oferecer experiências de aprendizado prático para adultos que sejam condizentes com os níveis educacionais, a cultura, e os valores dos ACSs.

Instrutores e supervisores precisam também ser capazes de supervisionar de maneira solícita e atenciosa, que inclua a comunicação de duas vias e o planeamento e a monitoria do desempenho. Além disso, precisam contar com uma fonte confiável de medicamentos, contraceptivos e outros suprimentos; um lugar seguro onde guardá-los; e sistemas de compra e distribuição dos mesmos, conforme se detalha no Capítulo 8 deste manual.

O centro de saúde funciona, também, para encaminhar os utentes que precisam de serviços mais complexos: contraceptivos de longo prazo, tratamento de doenças graves, ou respostas a sinais de perigo. O documento Elementos Essenciais do Manejo Comunitário de Casos: Tratamento de Doenças Infantis Comuns na Comunidade (CoreGroup, Save the Children, USAID 2009) mostra que os sistemas mais eficientes para o encaminhamento de utentes são aqueles em que o ACS actua para:

- fornecer o tratamento inicial antes de encaminhar o utente;
- promover o cumprimento das normas ao aconselhar os familiares e explicar por que o encaminhamento é necessário, e preparar um documento formal de encaminhamento por escrito;
- monitorar o processo de encaminhamento dos utentes ao:
  - registar os encaminhamentos num diário
  - receber um "contra-encaminhamento" do trabalhador de saúde do centro ao qual foi enviado o utente – ou seja, uma nota para o ACS que comunica o resultado e explica o acompanhamento que será necessário daí para a frente;
  - acompanhar o encaminhamento e contra-encaminhamento num sistema de informações de saúde, e ao discutir o processo em visitas de supervisão ou reuniões mensais;
- tratar das barreiras geográficas e financeiras ao encaminhamento, ao:
  - se informar sobre as barreiras e trabalhar junto aos familiares para resolvê-las;
  - identificar uma fonte de fundos ou transporte de emergência a nível comunitário;
  - acompanhar a família ao centro de saúde para garantir que recebam cuidados imediatos.

## ATENDIMENTO DE SAÚDE DE BASE COMUNITÁRIA: ABORDAGENS E FERRAMENTAS

**Gestão comunitária de casos (GCC).** A Gestão Comunitária de Casos (GCC) é uma estratégia para empreender intervenções curativas e salvadoras de vidas no caso de doenças infantis comuns onde é reduzido o acesso aos serviços prestados nos centros de saúde. A publicação citada acima, *Elementos Essenciais do Manejo Comunitário de Casos: Tratamento de Doenças Infantis Comuns na Comunidade,* é um guia prático que gestores de programas podem usar ao iniciar um novo programa GCC, ao melhorar um programa já existente, ou ao expandir o GCC para novas áreas geográficas. Ela fornece orientação operacional para criar, planear, implementar, monitorar e/ou lutar por um programa de GCC que responda às necessidades locais (CoreGroup, Save the Children, USAID 2009).

A publicação *Elementos Essenciais da Gestão Comunitária de Casos* foi elaborada por um rede de ONGs parceiras que gera acções colaborativas e aprendizagens com o fim de melhorar e expandir as práticas de saúde pública, focalizadas na comunidade, cujo público-alvo são as mulheres em idade reprodutiva e crianças com menos de 5 anos. Esse guia faz uso das experiências de 18 organizações membros do CORE Group que trabalharam com os Ministérios de Saúde, a USAID, e parceiros comunitários para implementar programas de GCC de longa duração em mais de 27 países.

**COPE Comunitário.** Esta abordagem é uma adaptação do processo COPE (serviços de provedores eficientes, orientados aos utentes) que foi discutido no Elemento 1: Estabelecimento e Manutenção de Serviços de Alta Qualidade. O COPE Comunitário encoraja a comunidade a apropriar-se da melhoria da qualidade nos âmbitos dos centros de saúde e da própria comunidade. Ele ajuda os supervisores e o pessoal dos locais de prestação dos serviços a recolher informações da comunidade sobre as forças e debilidades dos serviços dos centros, e engaja os membros da comunidade para ajudar a remediar as debilidades. O COPE Comunitário implica num processo participativo com ferramentas para cada fase:

- reunião com os líderes locais
- identificação dos grupos comunitários com os quais trabalhar
- condução de actividades participativas
- desenvolvimento, priorização e implementação de um plano de acção
- garantia de que a melhoria da qualidade seja contínua (EngenderHealth 2002)

**Mapeamento comunitário em Bangladeche.** No final da década de 80, a Technical Assistance Incorporated (TAI) e a MSH trabalharam com pessoal de campo e voluntários das comunidades em Bangladesh para preparar um tipo de mapa comunitário que ficou conhecido como mapa ELCO (do inglês *ELigible COuples*, casais elegíveis em idade reprodutiva) que indica onde esses casais moram e que método contraceptivo utilizam.

Mais de 33.000 voluntários, a maioria dos quais não sabia ler ou escrever, receberam formação para conversar com seus vizinhos sobre planeamento familiar e distribuir contraceptivos. Para acompanhar o seu trabalho, prepararam mapas simples que ilustravam de forma rápida e precisa como era a comunidade e quais eram suas necessidades em planeamento familiar. Os mapas ELCO demonstraram ser úteis em todos os níveis – desde os ACSs e seus supervisores, até os profissionais regionais de saúde e autoridades governamentais.

Mais tarde, a técnica foi adaptada na Índia para permitir aos ACSs monitorarem o atendimento pré-natal e pós-natal, as imunizações e os serviços de saúde infantil, bem como o planeamento familiar. Usaram os mapas ELCO para marcar as melhores rotas para fazer

as visitas domiciliares; para acompanhar a situação de saúde dos utentes; para motivar os utentes a adoptarem comportamentos saudáveis e a usar os serviços de saúde; e para facilitar o acompanhamento posterior.

**O espelho comunitário da Guiné.** No Projecto PRISM empreendido pela USAID na Guiné, a MSH introduziu o espelho da saúde comunitária ou *miroir de santé communautaire* – uma ferramenta que ajuda as comunidades a monitorar suas necessidades de saúde para que possam lutar pela instalação de serviços que atendam a essas necessidades.

O "espelho" é na verdade uma tabela que usa ilustrações para representar áreas de saúde que os membros da comunidade acham que são as mais críticas. Para cada área, as actividades são enumeradas a cada mês e anotadas nas colunas. Por exemplo, na área de saúde infantil, um espelho comunitário usou colunas para acompanhar as crianças que vinham procurar o/a ACS por que tinham diarreia, e quantas delas recebiam sais hidratantes por via oral.

A cada mês, os representantes de várias aldeias se reuniam para compilar e comparar as informações dos seus espelhos comunitários e passar os resultados ao centro de saúde regional. O espelho comunitário é exibido publicamente na aldeia para que todos possam ver e se informar sobre a situação de saúde de sua aldeia. Podem então usar essa informação para solicitar aos ACSs e centros de saúde as melhorias necessárias dos serviços.

## Elemento 6: Colaboração com o sector privado de fins lucrativos

> *O objectivo é usar o sector privado de forma mais eficiente para atingir as metas de saúde pública, ao identificar políticas para melhorar a qualidade, distribuição e custo-benefício da prestação privada de serviços de saúde.… Em termos mais simples, a combinação desejada dos sectores público e privado é frequentemente vista como uma questão de equilibrar as considerações de eficiência e equidade. A partir dessa perspectiva, o sector privado é visto tipicamente como mais eficiente, enquanto o sector público é visto como mais equitativo.*
>
> Carlos J. Cuéllar, William Newbrander, e Gail Price
> *Extensão do acesso à saúde através de parcerias público-privadas: A experiência ProSalud*

### COLABORAÇÃO COM O SECTOR PRIVADO: O CONTEXTO

O sector privado cobre uma ampla gama de entidades, inclusive organizações da sociedade civil, organizações não governamentais, e organizações religiosas que os governos, devido à limitação de recursos, contratam frequentemente como prestadores de serviços. Mas nesta secção, vamos nos concentrar no sector com fins lucrativos, que apresenta uma série particular de oportunidades e desafios. Esse sector consiste de:

- fornecedores comerciais, distribuidores, atacadistas e retalhistas que comercializam e distribuem produtos de saúde ou relacionados à saúde (sabão, alimentos fortificados);
- bancos, companhias telefónicas e outras grandes instituições comerciais que apoiam os serviços de saúde ou seus empregados, famílias e outros grupos da população;
- prestadores privados de serviços de saúde, que diagnosticam e tratam uma variedade de doenças da população pobre ou rural, entre eles, os participantes do sector informal de saúde: curandeiros tradicionais, parteiras e vendedores individuais de medicamentos.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

Entre as populações mais pobres do mundo, uma proporção significativa e crescente do atendimento de saúde é prestado através do sector privado com fins lucrativos. O Global Health Council informa que na África subsariana, mais de 40% das pessoas obtêm atendimento de saúde desse sector. Esta cifra chega a mais de 50% para as populações rurais de Uganda e Nigéria (Global Health Council 2008).

Os provedores privados são às vezes a única opção de atendimento de saúde para a população mais pobre. Geralmente, eles estão mais próximos do que os centros de saúde públicos e podem ser mais económicos, depois de considerados os custos relacionados à falta ao trabalho, as viagens, e as taxas muitas vezes cobradas não oficialmente dos utentes do serviço público. No entanto, a qualidade do atendimento não é uniforme e os utentes mais pobres podem obter serviços inadequados, tendo em vista o preço pago pelos mesmos.

## COLABORAÇÃO COM O SECTOR PRIVADO: QUESTÕES PRINCIPAIS

**Benefícios de estabelecer parcerias com o sector privado com fins lucrativos.** Dada a prevalência do atendimento pelo sector privado e os recursos limitados disponíveis através do sector público, muitos governos reconhecem que a saúde pública exige acções por parte de provedores tanto públicos como privados, através de parcerias público-privadas (PPPs). Há um consenso generalizado de que o sector público deve se concentrar em oferecer atendimento crítico de saúde aos mais pobres e, ao mesmo tempo, criar um ambiente em que o sector privado possa ajudar o Estado a alcançar suas metas de saúde pública (International Finance Corporation 2007).

A colaboração com o sector privado estende o alcance do sector público ao enfrentar graves restrições orçamentárias. Os serviços do sector privado são auto-sustentáveis e não exigem o respaldo de agências doadoras ou governamentais. A colaboração público-privada permite que o sector público dedique seus recursos à população mais necessitada, estimulando os que podem pagar a utilizarem o sector privado. Neste modelo, o governo actua como um administrador, dando orientação aos provedores privados e aos utentes dos serviços privados.

**Barreiras à PPP.** Apesar do reconhecimento geral da importante contribuição que o sector privado pode dar à saúde pública, há fortes barreiras que tornam difícil para o sector público garantir e manter a qualidade dos serviços prestados pelo sector privado.

- Os ministérios de saúde geralmente não dispõem de informações sobre a amplitude e a capacidade do sector privado.
- O sector de saúde privado tende a ser fragmentado e desorganizado, com associações profissionais enfraquecidas e poucas redes que representam a perspectiva e os interesses do sector privado.
- Os provedores do sector privado não tem, muitas vezes, as informações sobre as prioridades e os padrões de atendimento do sector público; eles têm acesso limitado às oportunidades de formação.
- É difícil compatibilizar o objectivo de lucro com a missão e as metas da saúde pública.
- Existe um longo histórico de desconfiança e pouca comunicação entre os sectores público e privado

Apesar de o sector de saúde com fins lucrativos buscar o lucro, isto pode ser compatível com uma preocupação em prestar serviços de qualidade e um interesse no bem-estar dos utentes. Esta compatibilidade com as metas da saúde pública nem sempre é bem percebida.

### Colaborações Público-Privadas em Acção para uma Melhor Saúde – Exemplos da Tanzânia e Índia

**Colaboração com as lojas privadas de medicamentos da Tanzânia.** Durante muitos anos, a Autoridade de Alimentos e Medicamentos da Tanzânia autorizou Duka la dawa baridi (DLDB), ou lojas privadas de medicamentos, a fornecer medicamentos de compra livre (ou não sujeitos à prescrição) através do sector privado. Com uma estimativa de mais de 600 lojas, o sistema DLDB constituía a maior rede de retalhistas licenciados para vender medicamentos na Tanzânia.

O programa de Estabelecimentos Credenciados para a Dispensação de Medicamentos (ADDO, em inglês) da MSH, com o apoio da USAID, foi concebido para melhorar aspectos essenciais das empresas DLDB: as instalações físicas, os stocks mantidos pelos proprietários, as opções dos consumidores, as interacções com os dispensadores, e os tratamentos recomendados. Além disso, os sistemas governamentais nos quais se encaixavam as DLDBs – licenciamento, fornecimento, formação e inspecção – tinham que ser fortalecidos.

Depois de obter o apoio de grupos de interesse essenciais, a Autoridade de Alimentos e Medicamentos e o governo regional colaboraram com a MSH para implementar a iniciativa ADDO, ao combinar incentivos comerciais com uma fiscalização regulatória descentralizada. A ADDO ofereceu educação, formação e supervisão para os proprietários de lojas independentes e pessoal de dispensação. A qualidade dos produtos e serviços foi assegurada através do credenciamento baseado no cumprimento de normas previamente estabelecidas. A monitoria de rotina pelos governos distrital e local e as estruturas comunitárias reforçaram e ajudaram a manter o cumprimento dessas normas.

**Comercialização de preservativos na Índia.** Através do projecto PSP-One India da USAID, a Abt Associates e sua parceira da média, LOWE India, formularam uma campanha premiada para "normalizar" o preservativo e posicioná-lo como um produto igual a qualquer outro. A campanha Condom Bindaas Bol! (Preservativos – Diga sem Medo!) buscou aumentar o uso dos preservativos e expandir o mercado dos mesmos. A campanha incluiu comerciais engraçados na TV, nos jornais e no cinema, e competições comunitárias montadas em torno dos comerciais de TV.

Para complementar as actividades das comunicações de massa, a Bindaas Bol foi apresentada a mais de 40.000 farmácias, retalhistas com stocks de preservativos, e praticantes da medicina indígena, que foram solicitados a se transformarem em agentes de mudança comportamental ao vender os preservativos abertamente e sem constrangimento, e ao encorajar os utentes a pedir preservativos nas lojas sem hesitação. O projecto estabeleceu uma parceria com esses comerciantes de preservativos para aumentar a visibilidade no retalho e aumentar o acesso, além de salientar a importância do uso correcto e consistente dos preservativos. Uma competição muito bem disseminada recompensou os detalhistas que tinham as melhores exposições de preservativos em suas lojas e que discutiam abertamente o uso de preservativos com os utentes.

## COLABORAÇÃO COM O SECTOR PRIVADO: ABORDAGENS E FERRAMENTAS

**Divisão laboral entre o governo e o sector privado.** Para definir a melhor combinação de atendimento e financiamento da saúde, entre os sectores público e privado, é necessário definir que grupos de serviços cada sector pode prestar mais eficientemente, certificar-se de que um trabalho complementar é feito em ambos os sectores, e encontrar a melhor combinação público-privada que reduza as diferenças de atendimento de saúde desnecessárias, evitáveis e injustas.

A combinação mais apropriada pode variar de um local para outro, a depender da demanda por serviços, e da capacidade e disposição dos consumidores de pagar pelo atendimento. Essa divisão do trabalho depende dos objectivos comuns e recursos complementares. Os responsáveis pelas políticas do sector público devem se unir às associações e redes

profissionais para chegarem a um acordo sobre metas de saúde, normas de atendimento, e indicadores de sucesso.

**Como aproveitar o poder do governo.** Para ter sucesso com recursos limitados, o sector público deve dedicar parte dos seus recursos para tornar o sector privado o mais eficaz possível no atendimento das metas de saúde. Os governos podem ser administradores eficazes das contribuições do sector privado, ao aplicar os sistemas, normas e protocolos para garantir a qualidade dos serviços do sector privado.

A disseminação de informações e a formação podem aperfeiçoar as práticas de gestão de casos dos praticantes privados e dos distribuidores comerciais. Os mandatos e regulamentos governamentais, quanto à renovação periódica de licenças e ao credenciamento dos praticantes e instalações de saúde podem ser usados para garantir a qualidade dos serviços de saúde.

**Motivação dos prestadores de serviços.** Os incentivos correctos podem motivar os prestadores do sector privado a enfatizar os cuidados essenciais sobre os não essenciais, e os serviços preventivos sobre os curativos. O financiamento público pode fornecer incentivos poderosos aos provedores e distribuidores privados para se conformarem aos padrões de tratamento. Nos serviços de saúde infantil, por exemplo, o governo poderá ampliar o seguro para cobrir os serviços de imunização oferecidos por provedores privados e colocar as vacinas disponíveis gratuitamente para os provedores do sector privado que prestarem esses serviços de imunização.

Um elemento motivador não financeiro, mas muito importante, é a inclusão de provedores e distribuidores do sector privado nos programas de formação apropriados, que são criados pelo governo. Todas estas medidas exigiriam mecanismos para monitorar o progresso de acordo com indicadores comuns de saúde pública.

## Em resumo

O sistema de prestação de serviços de saúde é o ponto focal para todos os outros sistemas de gestão centrados nos utentes que foram discutidos neste manual. Os elementos abrangentes descritos neste capítulo são os ingredientes básicos de um sistema eficaz para a prestação de serviços de saúde, no qual:

- os serviços integrados de saúde de alta qualidade ficam disponíveis a todos, especialmente às populações pobres e marginalizadas que não têm ainda acesso aos mesmos;
- as iniciativas de sucesso são muito bem conhecidas e adoptadas pelos tomadores de decisões em outros locais;
- os ACS, bem preparados, oferecem uma gama de serviços com o suporte das instalações locais de saúde;
- o sector privado, com fins lucrativos, oferece serviços que atendem às normas governamentais.

A oportunidade e responsabilidade de fazer com que essas condições ideais aconteçam restam agora sobre os ombros dos nossos leitores. São vocês os gestores e prestadores de serviços de saúde cujos locais de trabalho estão mais próximos das comunidades que servem, que estão atentos às necessidades de saúde e preferências culturais dos membros da comunidade, e que assumem o compromisso e têm as aptidões para provocar essas mudanças.

## Práticas comprovadas

- Como gestor ou prestador de serviços de saúde em nível provincial ou distrital do governo, de uma ONG, ou em uma instalação do sector público ou privado, você pode se unir aos seus colegas para fortalecer os sistemas de gestão essenciais que contribuem ao alcance dos resultados esperados de saúde.
- Explore as informações disponíveis sobre as melhores práticas actuais através de entrevistas, observação e leitura para aumentar seu entendimento dos sistemas de gestão de saúde e para orientá-lo/a em seus esforços para o fortalecimento dos sistemas. As boas práticas de liderança e gestão poderão ajudá-lo/a a adaptar os serviços de forma a cuidar melhor dos seis elementos críticos dos serviços de saúde: alta qualidade, acesso equitativo, serviços integrados, ampliação, atendimento de saúde básica de base comunitária, e colaboração com o sector privado com fins lucrativos.
- Se explorar as abordagens e ferramentas baseadas em evidências e as referências que constam deste capítulo e dos capítulos anteriores deste manual, terá a probabilidade de encontrar várias técnicas que você e seus colegas podem aplicar ou adaptar para satisfazer às necessidades de seus utentes.

## Glossário de termos de prestação de serviços

**abordagem colaborativa de melhoria:** Abordagem que engaja equipas em diferentes sítios num esforço conjunto para atender aos objectivos comuns e ampliar as melhorias, ao disseminar rapidamente as práticas de sucesso.

**ampliação:** "Esforço para aumentar o impacto das inovações dos serviços de saúde que já foram testadas com sucesso em projectos-piloto ou experimentais, de forma a beneficiar mais pessoas e a promover o desenvolvimento de políticas e programas de maneira permanente" (definição da OMS).

**análise de género:** Abordagem sistemática usada para examinar factores relacionados ao género no uso de serviços, ou para conceber, implementar e avaliar projectos.

**Autodiagnóstico:** Processo de auto-avaliação que os grupos podem usar para identificar e avaliar preocupações ou problemas e planear como resolvê-los.

**COPE (serviços de provedores eficientes, orientados aos utentes):** Processo de melhoria da qualidade que prepara os provedores de serviços e outros profissionais de um centro/unidade de saúde para trabalhar com seus supervisores e avaliar seus serviços, ao usar guiões de auto-avaliação baseados em normas internacionais e melhores práticas conhecidas.

**COPE Comunitário:** Adaptação do processo COPE que estimula a comunidade a se apropriar dos esforços de melhoria da qualidade nos centros de saúde e dentro da comunidade.

**espelho de saúde comunitária (mirroir de santé communautaire):** Ferramenta que ajuda as comunidades a monitorar suas necessidades de saúde, a fim de que possam lutar pelo oferecimento de serviços que satisfaçam às mesmas.

**Estabelecimentos Credenciados de Dispensação de Medicamentos (ADDO):** Iniciativa para fornecer medicamentos não sujeitos a prescrição através do sector privado na Tanzânia.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH 

**financiamento baseado no desempenho (FBP):** Mecanismo para melhorar a qualidade e aumentar o uso dos serviços de saúde ao estabelecer metas de desempenho baseadas em padrões e indicadores previamente acordados. Exige que a organização empreenda uma série de acções ou alcance uma meta de desempenho mensurável, antes de receber uma transferência de fundos ou produtos.

**garantia de qualidade:** Abordagem sistemática e planeada com normas, protocolos e procedimentos que permitem aos gestores e prestadores de serviços de saúde continuarem a oferecer serviços de saúde de alta qualidade aos seus utentes, usando recursos que estejam disponíveis.

**género:** Características, papéis e responsabilidades que a sociedade espera das mulheres e dos homens, meninas e meninos, com base em atitudes sociais, em vez de diferenças biológicas.

**gestão comunitária de casos (GCC):** Estratégia para fazer intervenções curativas e salvadoras de vidas em casos de doenças infantis comuns, onde é deficiente o acesso aos serviços prestados nos centros de saúde.

**gestão e reconhecimento baseado em normas (SBM-R):** Abordagem de gestão para melhorar o desempenho e a qualidade dos serviços de saúde ao focalizar um nível padronizado de desempenho e qualidade a serem obtidos.

**indicadores de processo:** Medem a conclusão das actividades.

**indicadores de resultados:** Medidas das mudanças ocorridas numa população beneficiária como resultado de uma série de actividades.

**indicadores estruturais:** Medidas das características materiais (infra-estrutura física; medicamentos e produtos de saúde; número de pessoas designadas, ferramentas, tecnologia); recursos organizacionais; e financiamento do atendimento (níveis de financiamento, esquemas de pagamento, e incentivos).

**manejo integrado de doenças infantis (MIDI):** Estratégia para tratar as cinco causas principais de óbitos de crianças com menos de 5 anos de idade nos países em desenvolvimento, ao dar formação aos pessoal da área de saúde para avaliar, classificar e tratar a criança como um todo, em vez de tratar somente de um problema específico de saúde.

**manejo integrado de doenças infantis e neonatais (MIDIN):** MIDI, com saúde neonatal acrescentada.

**mapa ELCO (ELigible COuples):** Tipo de mapeamento comunitário que mostra onde vivem os casais em idade reprodutiva e que método contraceptivo utilizam.

**Programa de Desenvolvimento da Liderança (PDL):** Programa da Management Sciences for Health que reforça a capacidade das equipas de saúde para identificar e enfrentar os desafios de saúde, ao usar as práticas de liderança e gestão.

**Qualidade Definida pela Parceria (QDP):** Ferramenta que permite aos membros da comunidade e provedores de serviços desenvolverem uma visão comum da melhoria da qualidade que inclua uma concordância sobre os padrões de desempenho e lhes permita trabalharem juntos para alcançar essa visão.

**serviços integrados de saúde:** Prestação de dois ou mais serviços no mesmo horário e lugar. Pode ser a combinação, em um único serviço coordenado, de dois serviços que antes eram separados, ou um pacote completo de serviços preventivos e curativos de saúde num ponto de prestação de serviços múltiplos, sob a direcção de um gestor.

## Referências e recursos

AIDSTAR-Two Project. *The PBF Handbook: Designing and Implementing Effective Performance-Based Financing Programs.* Version 1.0. Cambridge: Management Sciences for Health, 2011, http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnadz370.pdf (acessado Março 10, 2014).

Al Wakeel, Dina. "Male Involvement in Family Planning Yields Positive Results: Communication Programme Helps Change Male Attitudes Towards Reproductive Health." Washington, DC: USAID, 2003.

Brown, Lori DePrete, et al. *Quality Assurance of Health Care in Developing Countries*. Bethesda, MD: Quality Assurance Project, 1993, http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNABQ044.pdf (acessado Março 12, 2014).

CORE Group, Save the Children, USAID. *Community Case Management Essentials—Treating Common Childhood Illnesses in the Community: A Guide for Program Managers.* Minuta de capítulo, Washington, DC: USAID, 2009, http://www.coregroup.org/our-technical-work/initiatives/ccm (acessado Março 12, 2014).

Creel, Liz C., Justine C. Sass, e Nancy V. Yinger. "Overview of Quality of Care in Reproductive Health: Definitions and Measurements of Quality." Washington, DC: Population Reference Bureau, 2009, http://www.prb.org/Publications/PolicyBriefs/OverviewofQualityofCareinReproductiveHealthDefinitionsandMeasurements.aspx (acessado Jan. 25, 2010).

Cuéllar, Carlos J., William Newbrander, e Gail Price. *Extending Access to Health Care through Public-Private Partnerships: The PROSALUD Experience.* Boston, MA: Management Sciences for Health, 2000.

EngenderHealth. *Community COPE: Building Partnerships with the Community to Improve Health Services.* New York: EngenderHealth, 2002, http://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/toolbook/commcope.pdf (acessado Março 12, 2014).

————. *COPE Handbook: A Process for Improving Quality in Health Service* rev. ed. New York: EngenderHealth, 2003, http://www.engenderhealth.org/pubs/quality/cope-handbook.php (acessado Jan. 26, 2010).

Extending Service Delivery Project for USAID. "Partnership Defined Quality (PDQ)." *Best Practice Tools Series* # 4. Washington, DC: Extending Service Delivery Project, 2007, http://www.esdproj.org/site/DocServer/Partnership_Defined_Quality_ESD_Final_Branding_Edited.pdf?docID=2181 (acessado Jan. 25, 2010).

Farrell, Betty L. "Family Planning–Integrated HIV Services: A Framework for Family Planning and Antiretroviral Services." New York: EngenderHealth/The Acquire Project, 2007, http://www.acquireproject.org/fileadmin/user_upload/ACQUIRE/Publications/FP-HIV-Integration_framework_final.pdf (acessado Jan. 25, 2010).

Gender and Health Group, Liverpool School of Tropical Medicine. Guidelines for the Analysis of Gender and Health. Website sem data, http://www.lstmliverpool.ac.uk/research/departments/international-public-health/gender-and-health-group/guidelines/ (acessado Março 12, 2014).

Global Health Council. "Funding by Sector." Página Web sem data, http://www.globalhealth.org/resources/global-health-101/funding-by-sector/ (acessado Março 12, 2014).

Haddad, Lawrence. "Scaling Up for Health." Summary of Conference, Brighton, UK: Institute of Development Studies, University of Sussex, 2008. http://www.ids.ac.uk/go/news/scaling-up-for-health (acessado Jan. 24, 2010).

International Bank for Reconstruction and Development/Banco Mundial. *Disease Control Priorities in Developing Countries* 2nd ed. Chapter 70: "Improving the Quality of Care in Developing Countries." New York: Oxford University Press, 2006, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK10264/ (acessado Março 12, 2014).

International Finance Corporation, World Bank Group. *The Business of Health in Africa: Partnering with the Private Sector to Improve People's Lives*. Washington, DC: International Finance Corporation, World Bank Group, 2007, http://documents.worldbank.org/curated/en/2008/01/9526453/business-health-africa-partnering-private-sector-improve-peoples-lives (acessado Março 12, 2014).

Jhpiego. "Focus on: Standards-Based Management and Recognition: A Process for Improving the Quality of Health Services." Baltimore, MD: Jhpiego, Página Web sem data, http://reprolineplus.org/system/files/resources/sbmr_infosheet_0.pdf (acessado Jan. 29, 2015).

Kim, Young Mi et al. "The Quality of Supervisor-Provider Interactions in Zimbabwe." *Operations Research Results* vol. 1, no. 5 (2000). Bethesda, MD: The Quality Assurance Project, http://www.popline.org/node/174762 (acessado Março 12, 2014).

Kolehmainen-Aitken, Ritta-Liisa, ed. "Myths and Realities about the Decentralization of Health Systems." Cambridge, MA: Management Sciences for Health Publications, 1999, http://www.popline.org/node/527098 (acessado Março 12, 2014).

Kols, Adrienne J., e Jill E. Sherman. "*Family Planning Programs: Improving Quality.*" *Population Reports* vol. 26, no. 3 (1998). Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9926377 (acessado Março 14, 2014).

Lovich, Ronnie, et al. *Partnership Defined Quality: A Tool Book for Participatory Quality Improvement.* Washington, DC: Save the Children/US, 2003, http://www.coregroup.org/storage/documents/Diffusion_of_Innovation/PDQ-Manual-Updated-Nigeria.pdf (acessado Março 12, 2014).

Management Sciences for Health. "Increasing Community Participation in Family Planning Programs." *The Family Planning Manager* (Boston) vol. 3, no.2, 1994a, http://www.msh.org/resource-center/increasing-community-participation-in-family-planning-programs.cfm (acessado Jan. 25, 2010).

————. "Managing Integrated Services." *The Family Planning Manager* (Boston) vol. 3, no. 3, 1994b, http://www.msh.org/resource-center/managing-integrated-services.cfm (acessado Jan. 22, 2010).

————. "Integrating STD/HIV Services into Reproductive Health Settings: Strategic and Management Issues." *The Manager* (Boston) vol. 7, no. 3, 1998, http://www.msh.org/resource-center/integrating-std-hiv-services-into-reproductive-health-settings.cfm (acessado Jan. 25, 2010).

————. "Managing Reproductive Health Services with a Gender Perspective." *The Manager* (Boston) vol. 9, nos. 3 & 4, 2000–2001, http://www.msh.org/resource-center/managing-reproductive-health-services-with-a-gender-perspective.cfm (acessado Jan. 26, 2010).

————. "Managing Performance Improvement of Decentralized Health Services." *The Manager* (Boston) vol. 13, no. 1, 2004a, http://www.msh.org/resource-center/managing-performance-improvement-of-decentralized-health-services.cfm (acessado Jan. 26, 2010).

————. "Leading Changes in Practices to Improve Health." *The Manager* (Boston) vol. 13, no. 3, 2004b, http://www.msh.org/resource-center/leading-changes-in-practices-to-improve-health.cfm (acessado Jan. 25, 2010).

Organização Mundial da Saúde. "Integrated Health Services—What and Why?" *Technical Brief* no.1 (May 2008), http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf (acessado Jan. 26, 2010).

————."Scaling Up Health Services: Challenges and Choices." *Technical Brief* no. 3, draft 3 (June 2008), http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/technical_brief_scale-up_june12.pdf (acessado Jan. 26, 2010).

————. *Practical Guidance for Scaling Up Health Service Innovations.* Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2009.

OMS European Ministerial Conference on Health Systems. "Health Systems, Health and Wealth." Report, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008. http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth (acessado Mar. 12, 2014).

Organização Mundial da Saúde e UNICEF. "Management of Pneumonia in Community Settings." Joint statement, 2004, http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_04.06.pdf (acessado Jan. 26, 2010).Pathfinder International. "Youth in Action." Moçambique: Projetos, Página Web sem data, Watertown, MA: Pathfinder International, http://www.pathfind.org/site/PageServer?pagename=Programs_Mozambique_Projects_YouthinAction (acessado Jan. 25, 2010).

Pollock, John, et al. "Improving Health Outcomes through Performance-Based Financing." Apresentação na USAID Mini-University, Joanesburgo, África do Sul, 2008.

Quick, Jonathan, et al. "Reversing the AIDS Epidemic through Third-Generation Health Systems: A Call to Action." Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2009, http://www.msh.org/resources/reversing-the-aids-epidemic-through-third-generation-health-systems-a-call-to-action (acessado Março 12, 2014).

Rogers, Everett M. *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press, 2003.

Rohde, Jon, and John Wyon, eds. *Community-Based Health Care: Lessons from Bangladesh to Boston.* Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2002.

Senderowitz, Judith, Gwyn Hainsworth, and Cathy Solter. "A Rapid Assessment of Youth Friendly Reproductive Health Services." *Technical Guidance Series* no. 4 (2003), http://www.pathfind.org/site/DocServer/YFS_TG_Final_web_version.pdf?docID=762 (acessado Jan. 25, 2010).

Sharma, Suneeta. *The Private Sector and Child Health Care.* Washington, DC: Futures Group International, 2001, http://www.policyproject.com/pubs/countryreports/Final_-_WHO_2.pdf (acessado Jan. 26, 2010).

Silimperi, Diana, Lynne Miller Franco, tisna Veldhuyzen van Zanten, e Catherine MacAuley. "A Framework for Institutionalizing Quality Assurance." *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 14, Supplement 1 (2002), 67–73, http://intqhc.oxfordjournals.org/content/14/suppl_1/67.full.pdf (acessado Março 6, 2014).

Simmons, Ruth, Peter Fajans, and Laura Ghiron, eds. *Scaling Up Health Service Delivery: From Pilot Innovations to Policies and Programmes*. Geneva: World Health Organization Press, 2007, http://books.google.com/books?id=rsuwy2UJM-QC&printsec=frontcover&dq=Scaling+Up+Health+Service+Delivery:+From+Pilot+Innovations+to+Policies+and+Programmes&source=bl&ots=WBoILVNiOi&sig=ssXC_EM2nYiqOHGfq4IgsGRR6rA&hl=en&ei=z1zkS5zYL8H68AbmyZygDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBcQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false (accessed Jan. 26, 2010).

Nações Unidas. "Youth and Youth Issues." Capítulo 4 em *World Youth Report 2003*, New York: United Nations Publications, 2003.

USAID. "STI Management: Fact Sheet on Youth Reproductive Health Policy." Washington, DC: USAID, 2007a, http://www.youth-policy.com/index.cfm?page=STI (acessado Jan. 26, 2010).

————. "Partnership Defined Quality (PDQ)." Extending Service Delivery Project: Best Practice Tools Series # 4. Washington, DC: USAID, 2007b, http://www.esdproj.org/site/DocServer/Partnership_Defined_Quality_ESD_Final_Branding_Edited.pdf?docID=2181 (acessado Jan. 26, 2010).

USAID Child Survival and Health Grants Program (CSHGP). "Quality Assurance." Technical Reference Materials. Washington, DC: USAID, 2007, transferir ficheiro a partir de http://www.mchipngo.net/controllers/link.cfc?method=tools_cross (acessado Mar. 12, 2014).

USAID Health Care Improvement Project. "Family Planning/HIV Integration: Technical Guidance for USAID-Supported Field Programs." Washington, DC: USAID, 2003, http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnacu444.pdf (acessado Mar. 12, 2014).

————. "The Improvement Collaborative: An Approach to Rapidly Improve Health Care and Scale Up Quality Services." Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC), 2008, http://www.urc-chs.com/resource?ResourceID=23 (acessado Mar. 12, 2014).

USAID/Rwanda. "TB and HIV Integration Saves Lives in Rwanda." USAID on-line Newsroom, 2006.

Victora, Cesar G. *The State of the World's Children 2009*. Panel 2.4: "Towards Greater Equity in Health for Mothers and Newborns." New York, NY: UNICEF, 2008, http://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-Panel-2.4-EN.pdf (acessado Jan. 26, 2010).

## APÊNDICE A. Quadro de Referência para a Análise de Género

| Diferenças de Género em Saúde | Mulheres | Homens | Meninas | Meninos |
|---|---|---|---|---|
| **Como o AMBIENTE influencia quem fica doente e como eles respondem à sua doença?** | | | | |
| Condições de vida: água limpa, saneamento, ventilação, higiene | | | | |
| Condições de trabalho: uso de equipamentos, ventilação, exposição ao ruído, providências de higiene, horário de trabalho, exposição ao risco | | | | |
| Localização geográfica e clima | | | | |
| Alimentos e nutrição | | | | |
| Condições sociais e económicas gerais | | | | |
| **Como as ACTIVIDADES de homens e mulheres influenciam sua saúde e o seu uso dos serviços de saúde disponíveis?** | | | | |
| O que os homens e mulheres fazem diariamente | | | | |
| Riscos de saúde associados a actividades particulares | | | | |
| Riscos de saúde associados com cargas excessivas de trabalho | | | | |
| Riscos de saúde associados com a falta de trabalho | | | | |
| **Como o PODER DE TOMADA DE DECISÕES dos homens e mulheres influenciam sua saúde?** | | | | |
| Em que medida homens e mulheres podem tomar decisões independentes sobre sua saúde e sua protecção | | | | |
| Diferenças de género na capacidade de negociar com outros sobre a protecção de sua própria saúde | | | | |
| **Como o acesso aos RECURSOS e o controlo dos mesmos influenciam a saúde de homens e mulheres?** | | | | |
| Diferenças entre homens e mulheres quanto ao acesso a (e controlo de) recursos financeiros e outros recursos que afectam sua saúde ou sua capacidade de proteger sua saúde | | | | |
| **Como as NORMAS DE GÉNERO influenciam a saúde?** | | | | |
| Atitudes com relação à violência sexual | | | | |
| Disparidades educacionais | | | | |
| Normas e práticas culturais | | | | |

*Adaptado de:* "Directrizes para a Análise de Género e Saúde", The Gender and Health Group da Escola de Medicina Tropical de Liverpool.

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

# Índice

## A


abordagem colaborativa de melhoria
  definição, 10:37
  quanto à melhoria da qualidade dos serviços, 10:9
acção prioritária, na obtenção de um resultado SMART, 2:27
actividades
  definição, 5:31
  definição de custos e orçamento, 5:28
  definição na contabilidade de custos baseada em actividades, 7:17
  selecção para o plano operacional, 5:25–5:28
actividade desconectada (excesso de tarefas), mudança para acção concertada e de propósito definido, 2:23, 2:24
activo circulante, 7:48
activos no plano de contabilidade, 7:9
  acompanhamento dos bens de capital, 7:35–7:36
  definição, 7:48
  definição de bens de capital, 7:34
  documentação das despesas por tipo, 7:22
  no modelo de balanço patrimonial, 7:53
  tipos, 7:49–7:50
  visão geral, 7:34
activos fixos
  definição, 7:48
  visão geral, 7:34
ADDO (centros credenciados de dispensação de medicamentos), 1:3, 10:37
adiantamentos de fundos (caixa), 7:36–7:37
administração responsável, definição, 3:48
administração responsável dos recursos. *Ver* também recursos
  na governação de órgão multissectorial, 3:29–3:30
  na governação do sector público, 3:19, 3:22, 3:23
  na governação de sociedade civil, 3:33, 3:42–3:43
  como prática essencial de boa governação, 3:2, 3:4, 3:14–3:17, 3:19
  como responsabilidade do conselho e da direcção da instituição, 3:33
administradores responsáveis, líderes sénior como tal, 2:15
adoptantes precoces, na expansão da prestação de serviços de saúde, 10:26
Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional. *Ver* USAID
agentes de mudança, 10:27
Aliança Global da Força de Trabalho de Saúde, 6:3
Aliança Internacional em SIDA, 5:13
alinhamento e mobilização
  e acesso equitativo a serviços de saúde, 10:12
  gestão financeira, 7:3
  e HRM (GRH), 6:6
  e liderança e gestão, 5:4
  líderes e gestores não-alinhados que causam falhas de planeamento, 5:5
  líderes sénior como alinhadores, 2:15
  e monitoria e avaliação, 9:5
  papel da governação, 3:3
  como prática de liderança, 2:5, 2:9, 2:11
  na prestação de serviços de saúde, 10:3
  e visitas de supervisão, 8:51
ambiente
  análise do ambiente interno e externo, 5:10–5:11
  criação de um ambiente controlado, 7:41–7:43
AMC (consumo mensal médio), 8:34–8:36, 8:56
amortização, 7:48
Amostragem para Garantia de Qualidade de Lotes (LQAS), 9:35
ampliação da prestação de serviços de saúde
  abordagens e ferramentas, 10:27–10:29
  contexto, 10:23
  definição, 10:38
  exemplos do Senegal e Egipto, 10:28
  questões essenciais, 10:24–10:27

análise
  análise ABC (Pareto), 8:31, 8:56
  análise de custo-benefício, 9:32
  análise de custo-eficácia, 9:32
  dos custos dos medicamentos/produtos de saúde, 8:29–8:31
  do ambiente no processo de planeamento, 5:10–5:11
  análise de género, 4:3, 4:8, 4:10, 4:25, 10:15–10:16
  planeamento sem visão ou falho, 5:5
Análise ABC (Pareto), 8:31, 8:56
análise de custo-benefício, 9:32
análise de custo-eficácia, 9:32
análise de género
  abordagens da igualdade de género, 10:15–10:16
  no ciclo de programa, 4:10
  definição, 4:8, 4:25, 10:37
  ferramentas, 4:8
  pelos órgãos de governação, 3:12
  quadro de referência para a análise, 10:43
análise SWOT (forças, fraquezas, oportunidades e ameaças)
  definição, 5:31
  fase de análise do planeamento, 5:10–5:11
  figura ilustrativa, 5:35
  modelos de SWOT, 5:35
antineoplásicos, 8:56, 8:70
Árvore de Decisões para Selecção de Actividades, 5:27, 5:38
aprender a gerir e liderar. *Ver também* educação, 2:2
aprendizagem por acções, aplicada à gestão e liderança, 2:20–2:25
áreas de captação, 9:40
arrendamento, documentação de despesas por tipo, 7:21
arrogância, perigos da liderança, 2:17
Associação pelos Direitos das Mulheres ao Desenvolvimento, 4:22
atendimento pós-aborto (PAC), 10:28
atendimento de saúde primária (PHC). *Ver* atendimento de saúde primária de base comunitária (CBPHC)
atendimento de saúde primária de base comunitária (CBPHC)
  abordagens e ferramentas, 10:32–10:33
  contexto do atendimento, 10:29–10:30
  questões principais do atendimento, 10:30–10:31
aterro sanitário (construído), 8:48
aterros, para dispor de artigos vencidos, danificados e obsoletos, 8:48
atitudes
  mudanças de atitudes necessárias pelos líderes, 2:20–2:25
  perigos mais comuns para os gestores, 2:17–2:19
auditoria operacional, 7:51
auditorias de cumprimento, 7:49
auto-avaliação, gestão do stock, 8:72
Autodiagnóstico (Peru), 10:14, 10:37
avaliação do desempenho
  anual, 6:9–6:10
  componentes dos sistemas de HRM (GRH), 6:6, 6:27
  definição, 6:23
avaliação formativa, 9:30–9:31, 9:40
avaliação participativa, 9:41
avaliação do processo, 9:30
avaliação rápida
  definição, 9:40–9:42
  modelos de inquéritos, 9:35
  selecção de fontes de dados para avaliações, 9:33–9:34
avaliação dos resultados, 9:31
avaliação sumativa, 9:42
avaliações sumativas, 9:31–9:32
avaliações. *Ver também* análise do desempenho
  armadilhas, 9:27
  criação das avaliações para fins de aprendizagem, 9:30
  definição, 9:40
  fontes de dados para avaliações, 9:33–9:37
  formativas, 9:30–9:31
  formulação das avaliações, 9:32–9:33
  indicadores usados para as avaliações, 9:25
  monitoria comparada com as avaliações, 9:4–9:6
  sistemas de gestão do suprimento de medicamentos, 8:50
  sumativas, 9:31–9:32
  tipos de avaliações, 9:32
avaliações anuais de desempenho, para empregados, 6:10

## B

balanço patrimonial
  definição, 7:48
  modelo, 7:53
  como relatório padrão de contabilidade, 7:10–7:11
  e responsabilidade do Conselho, 3:44
bandejas de emergência, para a distribuição de medicamentos, 8:44–8:45
benefícios complementares, 7:59
benefícios, empregado. *Ver* remuneração e benefícios

bens de capital. *Ver também* activos, 7:34–7:36, 7:49
Biblioteca de Saúde Global (OMS), 10:24
blocos construtivos dos sistemas de saúde
  identificados, 1:4
  integração de género nos blocos, 4:15–4:21
BoardSource, 3:32, 3:46

## C

cadeia de fornecimento, mobilização (exemplo da Bolívia), 9:11
cadeia de frio
  definição, 8:56
  manutenção da temperatura durante o transporte de medicamentos, 8:16
caixa pequeno, 7:37–7:38, 7:51
calor, qualidade dos produtos armazenados e o calor, 8:19
Caminho de Mudança
  seus benefícios, 9:15
  criação, 9:17
  figura ilustrativa, 9:16
  leitura dos mapas de Caminho de Mudança, 9:16–9:17
  Sequência"Para Que"para cada actividade (figura), 9:17
  verificação das vias, 9:17–9:18
campeões, papéis da equipe, 5:9
capacidade ociosa, redução, 7:18
captação de fundos
  pelos membros do conselho da OSC, 3:33, 3:43
  como preocupação principal das OSCs, 3:43
CARE International, 5:16
cartão do recipiente, 8:14, 8:56
cartas/contratos de consultoria, como instrumentos de compras, 7:29
cartões de stock
  ajuste do stock em caso de artigos expirados, quebrados ou danificados, 8:29
  campos de informações para os cartões de stock, 8:26
  definição, 8:56
  lista de verificação para os cartões, 8:71
  figura ilustrativa, 8:27
  registo de informações/entrada de dados, 8:27–8:29
Carver, John e Policy Governance®, 3:32
categorias terapêuticas, organização dos suprimentos médicos segundo categorias, 8:12
causas raízes dos obstáculos
  uso do Diagrama de Espinha de Peixe nesse caso, 2:32–2:33
  uso do Modelo do Desafio nesse caso, 2:26, 2:27
  uso da Técnica dos 5 Por Quês nesse caso, 2:24
CBPHC. *Ver* atendimento de saúde primária de base comunitária (ASPBC)
CCM. *Ver* gestão de caso comunitário (GCC)
CCM. *Ver* mecanismo de coordenação nacional (MCN)
Centro Credenciado de Dispensação de Medicamentos (ADDOs), 1:3, 10:35,10:37
cegueira quanto a género, 4:11–4:12
Centro de Recursos Electrónicos, MSH, 6:8
CEO. *Ver* director executivo (CEO)
CFO. *Ver* director financeiro (CFO)
CHWs (trabalhadores de saúde comunitários), 8:45, 10:30–10:31
ciclos de gestão (figura), 9:4
ciclo de gestão farmacêutica
  figura ilustrativa, 8:5
  visão geral, 8:4
ciclo de programa integração de género durante todo o ciclo, 4:9, 4:10
ciclos de informação (figura), 9:4
classificação como vital, essencial, não essencial (VEN)
  análise de gastos com medicamentos/ produtos de saúde, 8:31
  definição, 8:56
clientes
  perspectiva sobre a qualidade dos serviços, 10:5
  perspectivas sobre os serviços de saúde integrados, 10:20
  pessoas no centro dos sistemas de saúde, 1:7
clima de trabalho
  atenção ao clima, 6:11
  definição, 2:3, 2:29, 6:23
  como elemento crítico do sucesso organizacional, 2:2
  melhoria, 2:3
código de ética, 7:23
colaboração
  criação e manutenção de serviços de qualidade com colaboração, 10:9–10:10
  estabelecimento de uma ampla colaboração, passos para isto, 3:11
  para a expansão dos serviços, 10:26
  melhoria da abordagem colaborativa para a expansão dos serviços, 10:29
  passar da liderança heróica para a colaboração, 2:20–2:21
colaborações de demonstração, para melhorar a qualidade do serviço, 10:10
colaborações de expansão, para melhorar a qualidade do serviço, 10:10
Comissão Nacional de SIDA (NAC), 3:29

comissões ocultas
definição, 7:51
visão geral, 7:24
comparáveis, indicadores de desempenho, 5:22
comportamento antiético, conflito de interesses e comportamento, 7:22–7:24
compras
ciclo, 7:27
ciclo de gestão farmacêutica, 8:4
gestão, 7:24–7:25
glossário de termos, 7:51
instrumentos, 7:28–7:30
pedidos de compras, 7:30
práticas, 7:26
procedimentos, 7:25–7:26
requisitos da solicitação, 7:27–7:28
comunidades
governação, papel no sector público, 3:23–3:24
monitoria do desempenho da governação, 3:15
monitoria do atendimento de saúde, 3:3
participação em atendimento de saúde, fortalecimento, 10:30
participação na governação do sector público, 3:23–3:24
pessoas no centro dos sistemas de saúde, 1:7
pessoas no centro dos sistemas de saúde governação, 3:6
comunidade de lésbicas, homossexuais, bissexuais, transgéneros (LGBT)
equidade de saúde e a comunidade, 3:12
prestação de serviços a essa comunidade, 4:16
conciliação de género
definição, 4:12–4:13
exemplo, em Zâmbia 4:14
conectados, como papel da equipa, 5:9
confiabilidade, indicadores de desempenho, 5:22
confiança, traição ou falta de confiança como problema para a liderança, 2:18–2:19
conflito de interesses
definição, 7:49
como desafio da governação, 3:45
exemplo, 3:35
gestão, com transparência, 3:26–3:27, 3:36
e a governação de órgão multissectorial, 3:27
mitigação, 3:27, 7:23–7:24
política do conselho para conflitos, 3:35
política, modelo de OSC, 3:36
e a política de remuneração para o conselho da OSC, 3:36
e as políticas de governação, 3:27, 3:35, 3:36, 3:45, 3:47
e os requisitos do GFATM, 3:27
tipos, 7:23
transparência, uso na gestão, 3:26–3:27, 3:36
visão geral, 7:22–7:23
conhecimento médico, sistemas de saúde sólidos que o aplica, 1:2
conselho (de administração). *Ver também* órgãos de governação
assembleias, 3:39
autoritário versus participativo, 3:37
comité de finanças, 3:43
composição, 3:31
conflito de interesses, 3:45. *Ver também* conflito de interesses
desafios que enfrenta, 3:44–3:46
descrições de funções dos membros do conselho, 3:28
desempenho, auto-avaliação, 3:39
direcção organizacional estabelecida por ele, 3:41–3:42
e director executivo, 3:37
eficácia, 3:38–3:39
equipa de gestão, interface, 3:31, 3:32, 3:38, 3:45
equipa de gestão, responsabilidades, 3:33
estabilidade financeira, como garantir, 3:42–3:44
estilo de tomada de decisões, 3:37
relações externas mantidas por ele, 3:39–3:40
lutas de poder dentro, 3:45
mandato, 3:45
papéis e responsabilidades, 3:33
papel, diferente do papel da equipa de gestão, 3:38
papel em influenciar a política pública, 3:40
política de participação nas assembleias, 3:36
políticas que afectam, 3:35–3:36
políticas estabelecidas por ele, 3:35–3:39
prioridades, 3:29
práticas comprovadas, 3:41
razões, 3:31
reuniões do conselho, 3:39
conselho de saúde dos cidadãos (exemplo), 3:24
conselhos comunitários, 3:24
conselhos, pedidos por líderes sénior, 2:17
consumo
anual, 8:35
definição, 8:56
média mensal, 8:34–8:36, 8:40, 8:56
consumo anual de medicamentos/produtos de saúde, 8:35
consumo mensal de medicamentos/produtos de saúde
cálculo, 8:32–8:35
consumo médio mensal, 8:40

consumo mensal médio (AMC, ou CMM), 8:34–8:36, 8:56
contabilidade
  aptidões necessárias para a gestão financeira, 7:4
  baseado em actividades, 7:16–7:17
  controlos, 7:39
  débitos e créditos, 7:13–7:14
  definição, 7:49
  fontes de dados para os relatórios, 7:12–7:13
  glossário de termos, 7:48–7:51
  implementação da contabilidade de custeio metodologias, 7:14–7:15
  relatórios padronizados, 7:10–7:12
  tipos de custos, 7:15–7:16
  visão geral, 7:8–7:10
contabilidade de custeio baseada em actividades
  definição, 7:49
  implementação, 7:16–7:17
  visão geral, 7:15
contabilidade de regime de competência, 7:14–7:15, 7:48
contas a pagar
  na contabilidade em regime de competência, 7:15
  definição, 7:49
contas a receber
  na contabilidade em regime de competência, 7:15
  definição, 7:49
contingências, na gestão de riscos, 7:20
contracepção cirúrgica voluntária (VSC), 9:29
controlo do stock. *Ver também* gestão do stock
  gestão orçamentária e controlo, 8:29–8:31
  listas de verificação para controlo, 8:71–8:72
  procedimentos de final do mês para o controlo, 8:42
  visão geral, 8:25
controlos administrativos, 7:39
controlos, aptidões necessárias para a gestão financeira, 7:4
controlos internos
  criação de um ambiente controlado, 7:41–7:43
  definição, 7:49
  documentação, 7:44–7:45
  elementos básicos, 7:39–7:41
  políticas e procedimentos como controlos, 7:45–7:47
  separação de deveres e controlos, 7:43–7:44
  visão geral, 7:38–7:39
controlos de processamento de dados, 7:39
contabilidade em regime de caixa, 7:14, 7:49
COPE. *Ver* serviços de provedores eficientes, orientados aos clientes (COPE)
Covey, Stephen, 2:25, 5:6
créditos
  definição, 7:49
  visão geral, 7:13–7:14
CSO. *Ver* organização da sociedade civil (OSC)
cuidadores, domésticos
  papel das mulheres, 4:5
  como trabalhadores não remunerados, 4:17
culpa, como mudá-la para uma aceitação de desafios, 2:22–2:23
custo de manter o stock, 8:57
custos. *Ver também* despesas
  actividades de cálculo de custos e de orçamento, 5:28
  actividades do plano operacional, 5:30
  alocáveis, 7:56–7:57
  análise de custos de medicamentos/produtos de saúde, 8:29–8:31
  atribuíveis, 7:56
  custos indirectos, redução, 3:43
  documentação de despesas por tipo, 7:21–7:22
  na gestão de viagens, 7:33
  para manter o stock (custos de retenção), 8:57
  de manutenção do stock, 8:24
  taxas indirectas de custos, 7:58–7:60
  tipos, 7:50–7:51
  tipos em contabilidade, 7:15–7:16
custos atribuíveis
  gestão financeira/operacional, 7:56–7:57
  tipos de custos indirectos, 7:16
custos de equipamento, documentação de despesas por tipo, 7:22
custos directos, 7:15
custos fixos, 7:50
custos gerais e administrativos (G&A), 7:16, 7:55
custos incorridos, 7:50
custos indirectos
  de actividades técnicas e gestão relacionados, 7:16
  atribuíveis e alocáveis, 7:56–7:57
  cálculo dos custos, 7:57
  manejo dos custos, 7:60
  propostas, 7:60
  taxas, 7:58–7:60
  tipos de custos, 7:15
custos integrais, 7:49, 7:57
custos irrecuperáveis, 7:49
custos de ocupação, documentação de despesas por tipo, 7:21
custos de refeições na gestão de viagens, 7:33
custos de transportes, gestão de viagens, 7:33

# D


dados
  compartilhamento/uso de dados a partir do plano de M&A, 9:26–9:27
  componentes de HRM (GRH), 6:20
  que levam em conta a questão de género, 4:10, 4:19
dados de acompanhamento, para o plano de M&A, 9:23, 9:25
dados de base
  definição, 9:40
  exploração para a recolha de dados, 2:27
  para o plano de M&A, 9:19, 9:23
  uso para ajustar os resultados, 9:25
dados desagregados por sexo
  definição, 4:25
  monitoria e dados, 4:20
  objecções aos dados, 4:19
  política de saúde e dados, 4:19
  valor dos dados, 4:18
dados primários
  definição, 9:41
  recolha de dados, 9:23
dados de rotina
  definição, 9:41
  selecção de fontes de dados para avaliações, 9:33–9:34
dados secundários
  definição, 9:41
  recolha de dados, 9:23
danos causados pela água e produtos armazenados, 8:21
*dashboards* (painéis de indicadores), como ferramenta de governação, 3:29-3:30
data de expiração(ou vencimento)
  ajuste do stock para artigos expirados, 8:29
  definição, 8:57
  métodos de eliminação de artigos expirados, 8:47–8:49
  monitoria, 8:16–8:17
  organização dos medicamentos/produtos de saúde por data de vencimento, 8:9–8:10
  organização do stock por data de vencimento, 8:12
  e o recebimento de suprimentos, 8:14, 8:16
débitos
  definição, 7:50
  visão geral, 7:13–7:14
declarações de renda
  amostra, 7:54–7:55
  definição, 7:50
  relatórios padrão de contabilidade, 7:11
delegação, gestão do tempo, 2:17
demandas, equilíbrio das demandas concorrentes, 2:15–2:17
demonstrações de fluxo de caixa, 7:12, 7:49
demonstrações de resultados, 7:50
depreciação, 7:50
desafios
  para os conselhos, 3:44–3:45
  enfrentar desafios, com mudança de atitude, 2:20
  da gestão de recursos humanos, 6:2
  para a integração de género, 4:7
  da melhoria do desempenho, 2:5–2:6
descentralização
  em apoio à boa governação, 3:19, 3:23
  definição, 3:48
  e governação (exemplo do Afeganistão), 3:21
  órgãos multissectoriais criados em apoio, 3:25
  qualidade, sua melhoria em ambientes descentralizados, 10:7–10:8
descrições de funções
  definição, 6:23
  estabelecimento de responsabilidades das funções e prioridades de trabalho, 6:9
  membros do conselho, 3:28
  separação de deveres e descrições, 7:43–7:44
desempenho
  desafios para melhorar o desempenho, 2:5–2:6
  Estrutura de Fortalecimento dos Sistemas de Saúde Centrada no Pessoal, 1:5–1:7
  melhoria da qualidade ao atender/ultrapassar os padrões, 10:7
  dos órgãos de governação, 3:16, 3:39
  do pessoal de suprimento, 8:49–8:50
  retroinformação para os funcionários, 6:10–6:11
desespero, mudança para o optimismo e a esperança, 2:20, 2:22
desigualdade de género
  desenvolvimento prejudicado pela desigualdade, 4:3
  impacto sobre a situação de saúde, 4:2
desperdícios/perdas de produtos
  custos de manter o stock, 8:24
  data de validade do produto e desperdício, 8:16
  definição, 8:58
  na gestão dos medicamentos, 8:3
despesas. *Ver também* custos
  análise de gastos com medicamentos/produtos de saúde, 8:29–8:31
  definição, 7:50
  documentação por tipo, 7:20–7:22
  listadas no modelo de declaração de renda, 7:54–7:55
  no plano de contabilidade, 7:9
despesas de consultoria, documentação, 7:21

despesas de viagens
documentação das despesas por tipo, 7:22
relatórios, 7:34
deveres do órgão de governação
dever de cuidado, 3:2
dever de lealdade, 3:2
deveres de obediência, 3:2
diagramas de causa e efeito, 2:32
diárias
directrizes, 7:78–7:80
normas e valores das diárias, 7:31–7:32
diferencial de género
carga da doença e diferencial de género, 4:2, 4:5
na força de trabalho de saúde, 4:16–4:17
medicamentos, acesso aos medicamentos, 4:20
director executivo (CEO)
estilo de tomada de decisões, 3:37
e a interferência do conselho, 3:44, 3:45
papel do conselho em sua contratação, suporte e avaliação, 3:32, 3:37
suas responsabilidades, 3:32
e as reuniões do conselho, 3:39
visão geral, 3:32
director financeiro (CFO)
definição, 7:50
supervisão financeira pelo director, 3:43
discriminação, 6:23
disparidades de género, definição, 4:25
distribuição de medicamentos/produtos de saúde
e o ciclo de gestão de produtos farmacêuticos, 8:4
em farmácias hospitalares, 8:43–8:45
em pequenas unidades de saúde, 8:43
suprimento de trabalhadores de saúde de base comunitária, 8:45
doadores
engajamento com os doadores (OSC), 3:39–3:40
perspectiva sobre a qualidade dos serviços, 10:5
responsabilização perante doadores, 3:26, 3:31, 3:34
documentação
de controlos internos, 7:44–7:45
de despesas por tipo, 7:21–7:22
de discrepâncias em produtos entregues, 8:16
da instalação de software de contabilidade, 7:65–7:66
de políticas e procedimentos, 7:45–7:47
de transacções financeiras e pistas de auditoria, 7:20

## E

economias de escala, 7:18
EDL (LME = lista de medicamentos essenciais), 8:4
educação
acesso à educação pelas mulheres, 4:16–4:17
do conselho de administração, 3:38
falta de gestão e liderança na educação, 2:6
Programa de Educação de Vida Familiar (PEVF ou FLEP), 6:19
educação comunitária, sobre saúde reprodutiva, 10:17
eficácia
análise de custo-eficácia, 9:32
manutenção da eficácia do conselho, 3:38–3:39
manutenção da eficácia organizacional, 3:37
eficiência, definição, 3:48
eHealth, definição, 3:48
eliminação de aerossóis, 8:70
eliminação de ampolas, 8:70
eliminação de desinfectantes, 8:70
eliminação de medicamentos/produtos de saúde
eliminação correcta de produtos farmacêuticos, 8:23
métodos, 8:47–8:49, 8:69–8:70
visão geral, 8:47
eliminação de papelão, 8:70
empresários, 5:9
encapsulamento, como método de eliminação, 8:48
encapsulamento de resíduos
definição, 8:57
métodos de eliminação, 8:70
engajamento dos grupos de interesse
na governação de órgão multissectorial, 3:28
em organização da sociedade civil (OSC), 3:33
engajamento, pelos órgãos de governação
dos grupos de interesse, 3:2, 3:4, 3:11
do pessoal de saúde, 3:11–3:12
entrada de dados, para o sistema de contabilidade, 7:66–7:67
entrega de produtos, como manter um registo, 8:15
equidade, no acesso aos serviços de saúde
contexto da equidade, 10:12–10:13
diferencial de género, 4:2, 10:13–10:16
indicadores, que consideram a questão de género, 4:20
necessidades dos jovens, 10:16–10:18
quadro de referência para a análise de género, 10:43

equidade, no local de trabalho, 4:16–4:17, 6:8–6:9
equidade/capital próprio
  definição (financeira), 7:50
  definição (justiça), 3:48
  no modelo de balanço patrimonial, 7:53
  no plano de contabilidade, 7:9
equidade de género, definição, 4:25
equilíbrio das contas, 7:10–7:11, 7:49
equipa superior de gestão, papel na prestação de contas financeirass, 7:47
equipas
  abordar as tensões das equipas, 5:8
  converter pessoal de baixo moral em equipas, 1:2
  para a equipa de planeamento, 5:8–5:9
  de HRM (GRH), 6:19, 6:21
equipes de mudança, 10:27
erros comportamentais do gestor, 2:17–2:19
esgotos, como métodos de eliminação, 8:48
espaço de trabalho, lista de verificação para gestão do stock, 8:53
eSpecífico, Mensurável, Apropriado, Realista, e de Tempo marcado. *Ver* critérios SMART (eSpecífico, Mensurável, Apropriado, Realista, e de Tempo marcado) no estabelecimento de metas
espelho de saúde comunitária *(miroir de santé communautaire),* na Guiné, 10:33, 10:37
esperança, mudança do desespero e pessimismo para a esperança, 2:22
Espinha de Peixe, diagrama, 2:32–2:33
estabelecimento de uma direcção compartilhada. *Ver* planeamento estratégico
estatuto social, definição, 3:48
estilo heróico de liderança, 2:20–2:21
estatísticas, relacionadas a género, argumentos contra, 4:19
estratégias, definição, 5:32
estratégias exploradoras de género
  definição, 4:12
  exemplo, em Zimbábue, 4:14
estrutura de códigos, para o sistema de contabilidade, 7:66
Estrutura de Acção de RHS (Recursos Humanos para a Saúde
  componentes, 6:4
  figura ilustrativa, 6:3
Estrutura de Fortalecimento dos Sistemas de Saúde Centrada no Pessoal
  gestão e liderança no centro da estrutura, 1:1, 1:6
  ilustração da estrutura, 1:6
  visão geral, 1:6–1:7
Estrutura Geral dos Sistemas de Saúde (OMS), 1:4
estrutura (quadro) lógica
  definição, 9:42
  exemplo do Banco Interamericano de Desenvolvimento, 9:46
  figura ilustrativa, 9:13
  para a monitoria e avaliação (M&A), 9:13–9:14
  para um programa de visita domiciliar com educação dos pais, 9:47
ética e integridade, definição, 3:49
evidência, definição, 3:48
expansão da prestação de serviço de saúde e estes, 10:26
exploração
  acesso equitativo aos serviços de saúde e a exploração, 10:12
  análise trivial e míope provoca fracasso do planeamento, 5:5
  na fase de análise do planeamento, 2:27, 5:10–5:11
  gestão financeira, 7:2
  na gestão do suprimento de medicamentos, 8:5, 8:50
  gestores que lideram e a exploração, 2:4
  HRM (GRH), 6:6
  monitoria e avaliação e a exploração, 9:5
  pessoas, exploração para os sistemas centrados nas pessoas, 1:7–1:8
  como prática de liderança, 2:9, 2:10
  na prestação de serviços de saúde, 10:2
  na relação do planeamento com a liderança e gestão, 2:27, 5:4
  visitas de supervisão e a exploração, 8:51
extintores de incêndio, 8:68

## F

factores críticos, 5:32
famílias, pessoas no centro dos sistemas de saúde, 1:7
farmácias
  distribuição de medicamentos/produtos de saúde às farmácias, 8:43–8:45
  estabelecimento da farmácia, 8:7–8:10
farmácias/depósitos centrais
  definição, 8:57
  e gestão de stock, 8:10
  na lista de verificação das condições físicas, 8:62
farmácias hospitalares, distribuição de medicamentos/produtos de saúde às farmácias, 8:43–8:45
Federação Internacional de Planeamento Familiar (IPPF), 3:35
FEFO (primeiro a vencer/primeiro a sair), gestão do stock, 8:10, 8:57

Ferramenta de Avaliação da Gestão Financeira, 7:7
*Ferramenta de Avaliação Rápida de GRH: Guião para o Fortalecimento dos Sistemas de GRH*
aplicação da ferramenta e interpretação dos resultados, 6:28–6:29
áreas prioritárias, 6:29–6:30
componentes dos sistemas de GRH, 6:27
elaboração e implementação do plano de acção, 6:31
estágio de identificação do desenvolvimento dos sistemas de GRH, 6:26–6:28
estratégias prioritárias, 6:30
exemplo de Uganda, 6:19
visão geral, 6:18–6:19, 6:26
Ferramenta de Gestão e Sustentabilidade Organizacional (MOST), 7:7
FIFO (primeiro a entrar/primeiro a sair), gestão do stock, 8:10, 8:57
financiamento. *Ver* captação de fundos
financiamento baseado no desempenho (PBF ou FBD)
criação e manutenção de serviços de qualidade com PBF, 10:8–10:9
definição, 10:38
exemplo de Ruanda, 10:9
FLEP (Programa de Educação de Vida Familiar), 6:19
focalização
aplicação em HRM (GRH), 6:6
na gestão de suprimentos de medicamentos, 8:5, 8:50
na gestão financeira, 7:2–7:3
gestores que lideram e a focalização, 2:5
monitoria e avaliação e a focalização, 9:5
como prática de liderança, 2:10–2:11
práticas, 2:10–2:11
na prestação de serviços de saúde, 10:2
em relação à lidar e gerir, 5:4
visitas de supervisão e a focalização, 8:51
fontes de dados
para avaliações, 9:33–9:37
definição, 9:41
para o plano de M&A, 9:22
para os relatórios, 7:12–7:13
fora de stock
consumo mensal e fora de stock, 8:33–8:35
controlo do stock e fora de stock, 8:24
definição, 8:57
força de trabalho
blocos construtivos dos sistemas de saúde, 1:4
HRM (GRH) e a força de trabalho, 6:3
mulheres no sector de saúde, 4:5–4:6, 4:16–4:17
forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. *Ver* SWOT (forças, fraquezas, oportunidades e ameaças)
forma de dosagem, organização segundo essa forma, 8:11, 8:19
formato utilizável, para a informação obtida pela monitoria, 9:10
formulação de estratégia
matriz de formulação, 5:21
no processo de planeamento, 5:20
formuladores de políticas
influenciar formuladores de políticas, 3:40
perspectiva da qualidade dos serviços, 10:5
perspectivas sobre os serviços de saúde integrados, 10:20
formulário
definição, 8:57
mudanças que impactam os dados de consumo, 8:32
formulários de autorização de viagens, 7:34
formulários de logística de viagens, 7:34
fornecedores, pré-qualificação, 7:24
frustração, como força para a mudança, 1:2–1:3
funcionários
comunicação das contribuições dos funcionários, 6:11
contratação e retenção no exemplo do Quénia, 6:17
definição da satisfação dos funcionários, 6:15
documentação das despesas com remuneração e benefício, 7:21
inquérito de satisfação dos funcionários, 6:16
oportunidades de crescimento, 6:12
práticas de melhoria de sua satisfação, 6:7–6:8
Fundo Global de Combate ao Sida, Tuberculose e Malária (GFATM)
captação de fundos e o Fundo, 3:32
o Fundo e os CCMs, 3:25, 3:26, 3:27
impacto na equidade dos salários, 6:8
regulamentos do Fundo sobre compras, 8:6
fundos para adiantamentos
definição, 7:50
para lidar com o caixa pequeno, 7:37

## G

G&A (custos gerais e administrativos), 7:16, 7:55
GAAP (Princípios Contabilísticos Geralmente Aceites), 7:9
garantia de qualidade (GQ)
definição, 10:38
lista de verificação para a gestão do stock, 8:52
visão geral, 10:4–10:5
gerador de ideias, como papel da equipa, 5:9

género
como conceito social, 4:1, 4:23
definição, 4:1–4:2, 4:25, 10:37
equidade, 4:25, 10:13–10:16
glossário de termos, 4:25
igualdade, definição, 4:25
lista de verificação para a gestão com a perspectiva de género, 10:15–10:16
mitos e realidades com relação a género, 4:3
programas para reduzir as barreiras relacionadas a género (Afeganistão, Peru, Jordânia), 10:14
programas sustentáveis sensíveis ao género, 10:15
quadro de referência para a questão de género, 4:25, 10:43
sensibilidade ao género, 10:13
gestão do armazenamento
estabelecimento da farmácia, 8:7–8:10
gestão de desperdícios, 8:23, 8:69–8:70
indicadores de danos aos produtos, 8:20
lista de verificação sobre boas condições de armazenamento, 8:65
lista de verificação sobre condição física da farmácia, 8:62
lista de verificação sobre prevenção de pestes, 8:65–8:66
lista de verificação sobre prevenção de roubos, 8:66–8:67
lista de verificação sobre procedimentos de armazenamento, 8:63
lista de verificação sobre recebimento de suprimentos, 8:64
lista de verificação sobre as rotinas da tarefa de gestão do armazenamento, 8:67–8:68
manutenção da qualidade dos produtos armazenados, 8:19, 8:21–8:22
organização dos suprimentos em área de armazenamento, 8:11–8:13
produtos que exigem condições especiais, 8:17–8:18
recebimento e organização do stock, 8:13–8:16
recipientes para instrumentos cortantes, 8:69
rotação e monitoria da data de validade do stock, 8:16–8:17
stock físico dos produtos, 8:18–8:19
tipos e usos de extintores de incêndio, 8:68
visão geral, 8:7
gestão do caixa
adiantamentos de caixa, 7:36–7:37
caixa pequeno, 7:37–7:38
pagamentos, 7:37
visão geral, 7:36
gestão de caso comunitário (CCM), 10:32, 10:37
gestão, definição, 2:6, 2:29
gestão do desempenho
componentes dos sistemas de HRM (GRH) (GRH), 6:6, 6:20
definição, 6:23
gestão financeira/operacional. *Ver também* administração responsável dos recursos
avaliação, 7:7–7:8
blocos construtivos dos sistemas de saúde, 1:4
ciclo de compras, 7:27
conexão dos sistemas de gestão, 1:9
conflitos de interesse e conduta antiética, 7:22–7:24
contabilidade e a gestão, 7:8–7:10, 7:14–7:15
custos atribuíveis, 7:56–7:57
débitos e créditos, 7:13–7:14
directrizes sobre diárias, 7:78–7:80
documentação das transacções financeiras e pistas de auditoria, 7:20
foco desta gestão, 7:1
fontes de dados para os relatórios, 7:12–7:13
gestão de activos, 7:34–7:36
gestão de caixa, 7:36–7:38
gestão de compras, 7:24–7:25
gestão de risco e gestão financeira/operacional, 7:19–7:20
glossário de termos de compras, 7:51
glossário de termos de contabilidade, 7:48–7:51
implementação de contabilidade de custos baseados em actividade, 7:16–7:17
implementação de software de contabilidade, 7:65–7:69
instrumentos de compras, 7:28–7:30
introdução à gestão, 7:1–7:4
modelo de balanço patrimonial, 7:53
modelo de demonstração de resultados, 7:54–7:55
modelo de política e procedimento, 7:81
papel do conselho na gestão, 3:42–3:44
pedidos de compras, 7:30
planeamento de acção de risco, 7:70–7:77
políticas e procedimentos, 7:6
políticas e procedimentos para aperfeiçoar os controlos internos, 7:44–7:47
práticas de compras, 7:26
práticas comprovadas, 7:47–7:48
pré-qualificação de fornecedores e a gestão, 7:24
procedimentos de compras, 7:25–7:26
recursos, uso eficaz dos recursos, 7:17–7:19
referências e recursos para a gestão, 7:51–7:52
relatórios padrão de contabilidade, 7:10–7:12
requisitos e directrizes de controlo interno, 7:38–7:44
requisitos de solicitação, 7:27–7:28

selecção do software de contabilidade, 7:61–7:64
solicitações de viagens, 7:30–7:34
taxas de custos indirectos, 7:58–7:60
tipos de custos, 7:15–7:16
tipos de despesas, 7:20–7:22
verdades financeiras, 7:4
visão geral, 7:4–7:7
**gestão integrada de doenças infantis (IMCI)**, 10:21, 10:38
**gestão e liderança.** *Ver* **liderança e gestão**
**gestão da mudança**
como competência da governação, 3:16
como elemento crítico para o sucesso organizacional, 2:2
princípios, 2:3
**gestão no nível de topo**, 2:15–2:16
**gestão das operações**
foco da gestão, 7:1
visão geral da gestão. *Ver* gestão financeira/operações
**gestão orçamentária**, 8:29
**gestão de recursos humanos (GRH)**
avaliação, 6:18–6:19
benefícios de um sistema sólido para a gestão, 6:5
blocos construtivos dos sistemas de saúde, 1:4
componentes, 6:6, 6:27
definição, 6:23
desafios, 6:2
equidade no local de trabalho, 6:8–6:9
equipa de base ampla para a gestão, 6:19, 6:21
Estrutura de Acção de recursos humanos para a saúde, 6:3–6:4
exemplos nacionais de melhorias da gestão, 6:17–6:18
gestão de voluntários, 6:13, 6:15
gestores que lideram e a gestão de recursos humanos, 6:5
glossário de termos, 6:22–6:23
identificação do estado de desenvolvimento da gestão, 6:26–6:28
importância, 6:20
inquérito de satisfação dos funcionários, 6:16
inquéritos usados para melhorar políticas e práticas, 6:15
oportunidades de desenvolvimento dos funcionários, 6:12
pilares da GRH eficaz, 6:4–6:5
práticas comprovadas, 6:22
práticas de liderança e gestão na gestão de recursos humanos, 6:5–6:7
práticas de satisfação de funcionários, 6:7–6:8
programas de incentivo, 6:13–6:14
referências e recursos para a GRH, 6:23–6:25
responsabilidades da função e prioridades de trabalho, 6:9
retroinformação sobre desempenho, 6:10–6:11
revitalizar através de acções e exemplos, 6:21–6:22
tornar o trabalho significativo, 6:11
visão geral, 6:1–6:2
**gestão e reconhecimento baseados em normas (SBM-R)**
criação e manutenção de serviços de qualidade, 10:11
definição, 10:38
exemplo de Malawi, 10:11
**gestão de resíduos**
eliminação correcta de produtos farmacêuticos, 8:23
lista de verificação para gestão do stock, 8:53
métodos de eliminação de artigos expirados, danificados e obsoletos, 8:47–8:49
por tipo de resíduo, 8:69–8:70
**gestão de riscos**
documentação por tipo de despesa, 7:20–7:22
documentação de transacções financeiras e pistas de auditoria, 7:20
planeamento de acções, 7:70–7:77
visão geral, 7:19–7:20
**gestão do stock**
acesso à situação do stock, 8:35–8:36
ajuste do stock em caso de artigos expirados, quebrados ou danificados, 8:29
auto-avaliação, 8:72
benefícios/custos da gestão, 8:36
cálculo do consumo anual, 8:35
cálculo do consumo médio mensal, 8:32–8:35
cálculo da quantidade de pedido, 8:40–8:42
cálculo do stock máximo, 8:37–8:39
controlo de stock, 8:25
controlo de stock e gestão de orçamento, 8:29–8:31
definição, 8:57
factores que influenciam a quantidade do pedido, 8:36–8:37
lista de verificação para a gestão, 8:71–8:72
modelo de controlo do stock ideal (figura), 8:37
pedido de novo stock, 8:32
procedimentos ao final do mês, 8:42
sistemas de avaliação para a gestão, 8:42–8:43
sistemas de cartões de stock, 8:26–8:29
visão geral, 8:23–8:25
**gestão de suprimentos.** *Ver também* **stock gestão**
blocos construtivos dos sistemas de saúde, 1:4
condução de visitas de supervisão, 8:51

custo-eficácia do fornecimento de medicamentos e a gestão, 8:1
lista de verificação para condições de armazenamento, 8:53–8:55
lista de verificação para gestão do stock, 8:52–8:53
melhoria da disponibilidade e eficácia dos medicamentos, 8:3–8:4
práticas de gestão e liderança na gestão, 8:5–8:6
produtos doados e a gestão, 8:13
programa de treinamento na gestão, 8:50
registos de stock e a gestão, 8:25
**gestão de tempo, delegação e gestão de tempo,** 2:17
**gestão de viagens**
cumprimento das leis e regulamentos, 7:31
directrizes sobre diárias, 7:31–7:32, 7:78–7:80
exigência de aprovação prévia para viagens, 7:33
ferramentas para a gestão, 7:34
protecção contra excessos e abusos relacionados a viagens, 7:32–7:33
segurança de pessoal e veículos, 7:32
visão geral, 7:30–7:31
**gestores/gestão**
aplicação dos princípios da gestão à HRM (GRH), 6:6–6:7
aprender a gerir e liderar, 2:2
assistência ao conselho em questões de relações públicas, 3:40
atitudes e comportamentos que prejudicam os gestores/gestão, 2:17–2:19
Estrutura de Fortalecimento dos Sistemas de Saúde Centrada no Pessoal, 1:1
gestão versus liderança, 2:6–2:8
integração da liderança e gestão, 2:14
interferência do conselho com os gestores/gestão, 3:45
melhoria da gestão do stock, 8:24
nos níveis de topo, 2:15–2:16
papeis das equipas, 5:9
papel para superar a frustração, 1:2
perguntas que fazem os gestores sobre práticas de gestão, 2:3–2:4
perspectivas dos serviços de saúde integrados, 10:20
as pessoas no centro dos sistemas de saúde, 1:7
pilares da HRM (GRH), 6:4
planeamento e, 5:3
práticas comprovadas, 2:28–2:29
práticas de gestão, 2:9, 2:12–2:13
práticas de HRM (GRH), 6:5–6:7
princípios para desenvolver gestores que lideram, 2:8
como tratar dos défices financeiros e variações dos planos, 7:18–7:19
***Gestores que Lideram*, 2:3, 2:28**
**gestores que lideram**
aspecto da governação, 2:7
definição do conceito, 2:6, 2:7, 2:29
a HRM (GRH) e esses gestores, 6:5
princípios para seu desenvolvimento, 2:8
**GFATM. *Ver* Fundo Global de Combate ao Sida, Tuberculose e Malária (GFATM)**
**governação. *Ver também* órgãos de governação; governação, organização da sociedade civil; governação, órgãos multissectoriais: governação, sector público**
administração responsável dos recursos, 3:14–3:17
boa, característica da governação, 3:4
boa, quatro práticas essenciais, 3:2, 3:4, 3:19
boa governação em órgãos multissectoriais, 3:25–3:30
competências para a governação, 3:16
como componente de liderança, 2:1
definição, 3:4, 3:48
descentralização, apoio à governação 3:19, 3:23
glossário de termos, 3:48–3:49
governação pela saúde, definição, 3:49
grupos, processo de planeamento e governação, 5:3
integridade, ética, e moralidade, na governação, 3:14–3:15
liderança e gestão e governação, 2:15, 3:5
modelo conceptual da governação (figura), 3:5
modelo de governação (figura), 3:5
mudanças necessárias, 3:6
natureza colectiva da governação, 3:3, 3:5
em organizações da sociedade civil, 3:30–3:44
o papel das mulheres na governação, 3:6, 4:21
populações marginais, atenção à governação, 3:12
resultados da boa governação, 3:3
resultados da má governação, 3:3
no sector público de saúde, 3:18–3:24
referências e recursos para a governação, 3:50–3:54
selecção de membros, 3:26
sensibilidade ao género a governação, 3:12
e o sucesso organizacional, 2:2
tomada de decisões na governação, 3:6
visão geral, 3:2–3:3
**governação, organizações da sociedade civil. *Ver também* conselho de administração, governação**
boa governação nas organizações, 3:31
conselho de administração, 3:31

gestão, interferência com a governação, 3:45
gestão, separação da governação, 3:32
governo, relação com a governação, 3:40
necessidade de governação, 3:30
práticas comprovadas, 3:47
quatro práticas de governação nas organizações, 3:32–3:33
**governação, governamental.** *Ver* **governação, sector público**
**governação, órgãos multissectoriais**
avaliação da eficácia da governação, 3:27
comunicação e governação, 3:27
conflito de interesses na governação, 3:26–3:27
definição, 3:25
eleição dos executivos, 3:26
engajamento dos grupos de interesse, 3:28
práticas comprovadas, 3:46–3:47
prestação de contas na governação, 3:26–3:28
selecção dos membros, 3:26
supervisão dos programas e finanças, 3:29–3:30
**governação, sector público**
no Afeganistão (exemplo), 3:21
boa governação, práticas essenciais na governação, 3:20–3:24
as comunidades e a governação, 3:23
desafios, em geral, 3:18–3:19
desafios no sector de saúde, 3:19
descentralização e governação, 3:19
evolução da governação, 3:18
ministérios de saúde e a governação, 3:20–3:22
práticas comprovadas, 3:46
sistemas provincial e distritais e a governação, 3:22–3:23
**Grupo de Trabalho Interinstitucional de Género (IGWG), Processo Contínuo de Integração de Género,** 4:11–4:13
**Grupo de Trabalho Interinstitucional de Género (IYWG),** 10:17
**grupos de interesse**
análise, 2:10
contratação e retenção no exemplo do Quénia, 6:17
engajamento, como boa prática essencial de governação, 3:2, 3:4, 3:10–3:12, 3:19
engajamento dos grupos, 2:5, 2:7, 2:15
formas de engajamento, 3:10
governação nas OSC e os grupos de interesse, 3:39–3:40
governação em órgão multissectorial e os grupos de interesse, 3:28
governação em sector público e os grupos de interesse, 3:19, 3:22–3:23
identificação dos principais grupos de interesse, 3:10
inclusão da perspectiva de género e os grupos de interesse, 4:6
informações, compartilhamento com os grupos de interesse, 3:7
prestação de contas aos grupos de interesse, como prática de governação, 3:7–3:9
reconhecimento e equilíbrio dos interesses dos grupos, 2:16
do sistema de saúde, 3:10
*Guia Prático para Ampliar as Inovações nos Serviços de Saúde* (OMS), 10:27


## H


**habilidade de cálculo de custos, na gestão financeira,** 7:4
**hierarquia das necessidades de informação (figura),** 9:7
**HRH.** *Ver* **recursos humanos para a saúde (HRH)**
**HRM.** *Ver* **gestão de recursos humanos (GRH)**
**humidade**
lista de verificação para a gestão do stock, 8:53
manutenção da qualidade dos produtos armazenados, 8:19


## I


**igualdade de género.** *Ver também* **inclusão da perspectiva de género**
alcance de progresso, 4:1
benefícios económicos da igualdade, 4:1
definição, 4:25
no local de trabalho, 4:17
e os medicamentos, acesso aos medicamentos, 4:20
**IGWG.** *Ver* **Grupo de Trabalho Interinstitucional de Género**
**IMCI (manejo integrado de doenças infantis),** 10:21, 10:38
**impacto**
avaliação, 9:32
cadeia de resultados e o impacto, 9:12
definição, 9:41
elaboração do plano de M&A e o impacto, 9:20
**implementação**
gestão financeira, 7:3
gestão de suprimentos, 8:50
HRM (GRH), 6:7
liderança e gestão e implementação, 5:4
monitoria e avaliação e implementação, 9:6
planos, 2:28, 5:22–5:24, 6:31


© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

como prática de gestão, 2:9, 2:13
práticas de implementação, 2:13
prestação de serviços de saúde, 10:3
software de contabilidade, 7:65–7:69
**imunização, manejo de produtos de temperatura controlada, 8:18**
**incêndios, protecção de produtos médicos armazenados contra incêndios, 8:21**
**incineração, como método de eliminação, 8:48**
**indicadores.** ***Ver também*** **indicadores de desempenho**
definição, 9:41
de desempenho, 9:21
específicos ao género, 4:10, 4:20, 4:26
qualidades dos bons indicadores, 9:22
da situação de saúde, 9:21
uso para as avaliações, 9:25
**indicadores de desempenho**
definição, 5:32
implementação do plano e os indicadores, 5:22–5:24
**indicadores de desempenho discretos, 5:22**
**indicadores estruturais**
definição, 10:38
da qualidade do serviço, 10:6
**indicadores de processo**
definição, 10:38
da qualidade do serviço, 10:6–10:7
**indicadores de resultados**
definição, 10:38
da qualidade do serviço, 10:7
**indicadores sensíveis à questão de género, definição, 4:26**
**indicadores substitutos**
definição, 9:41
na monitoria, 9:10
**inertização de resíduos**
definição, 8:57
métodos de eliminação, 8:70
**infecções sexualmente transmitidas (ISTs)**
carga dos jovens na saúde reprodutiva e as ISTs, 10:16
programa de jovens em Moçambique, 10:18
**inflamáveis**
condições especiais de armazenamento para produtos inflamáveis, 8:17
definição, 8:57
**informação.** ***Ver também*** **monitoria e avaliação (M&A)**
blocos construtivos dos sistemas de saúde, 1:4
governação e compartilhamento, 3:7
hierarquia das necessidades de informação (figura), 9:7
necessidades em diferentes níveis do sistema de saúde, 9:6–9:7
políticas de governação para uso de informação, 3:36
princípios da gestão das informações, 9:7–9:8
sistemas de gestão e informação, 1:7
uso da avaliação e conflitos de interesses, 3:36
**informação accionável, da monitoria, 9:9–9:11**
**inovadores, na expansão da prestação de serviços de saúde, 10:26–10:27**
**inquéritos**
para a melhoria das políticas e práticas de HRM (GRH), 6:15
satisfação dos funcionários, 6:16
**inquéritos em grande escala, como fonte de dados para avaliações, 9:33–9:34**
**inspiração**
na gestão financeira, 7:3
gestores que lideram e a inspiração, 2:4
na HRM (GRH), 6:6
líderes sénior que oferecem inspiração, 2:11–2:12
monitoria e avaliação e a inspiração, 9:6
como prática de liderança, 2:8, 5:4
práticas de inspiração, 2:10
na prestação do serviço de saúde, 10:3
superando a falta de motivação, 5:3
visitas de supervisão e a inspiração, 8:51
**insumos**
cadeira de resultados e os insumos, 9:12
definição, 9:41
elaboração do plano de M&A e os insumos, 9:20
falta de conexão entre os resultados e os insumos causam falhas de planeamento, 5:6
**integração da perspectiva de género**
nos blocos construtivos do sistema de saúde, 4:15–4:21
definição, 4:4, 4:26
desafios para a integração, 4:7, 4:22–4:23
falta de sucesso até o momento, 4:23
melhores práticas para a integração, 4:23–4:24
metas, 4:6
prestação de serviços e integração, 4:15–4:16
princípios básicos da integração, 4:5
Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres e a integração, 4:22
no sector de saúde, 4:5
nos serviços de saúde integrados, 4:16
**integridade, ética e moral, na governação, 3:14-3:15**
**inteligibilidade (fácil entendimento) dos indicadores de desempenho, 5:22**
**interdependência dos sistemas de saúde, 1:10**
**investigação operacional (IO), 9:32**
**IO (investigação operacional), 9:32**
**IPPF (Federação Internacional de Planeamento Familiar), 3:35**

## J


juventude
- abordagens e ferramentas para atender às necessidades da juventude, 10:17
- carga da saúde reprodutiva sobre a juventude, 10:16–10:17
- programas de exemplo no (Haiti e Moçambique), 10:18


## K


kits para atendimento familiar, 8:45
Kit de Recursos Humanos, 6:8–6:9


## L


LDP (Programa de Desenvolvimento da Liderança)
- definição, 10:38
- exemplo do Egipto, 6:18

leis, cumprimento das leis e regulamentos de viagens, 7:31

líderes/liderança. *Ver também* gestores que lideram
- aplicação dos princípios da liderança a HRM (GRH), 6:6
- aprender a liderar, 2:2
- atitudes e comportamentos que são perigos para os líderes, 2:17–2:19
- blocos construtivos dos sistemas de saúde, 1:4
- essencial em todos os níveis, 6:7
- estilo heróico, 2:20–2:21
- Estrutura de Fortalecimento dos Sistemas de Saúde Centrada no Pessoal, 1:1
- exemplo de liderança positiva de HRM (GRH) em Moçambique, 6:17
- HRM (GRH) como questão de liderança, 6:5
- líderes sénior que pedem conselho, 2:17
- líderes servidores (Greenleaf), 2:3
- mudanças de atitudes necessárias aos líderes, 2:20–2:25, 2:28
- mudança efectuada por líderes, 1:3
- nos níveis de topo, 2:15
- papel na melhoria da gestão do stock, 8:24
- pilares da HRM (GRH), 6:4
- práticas comprovadas, 2:28–2:29
- Programa de Desenvolvimento da Liderança (LDP), 6:18
- programa de jovens no Haiti, 10:18

liderança
- definição, 2:7
- práticas, 2:10–2:12

liderança e gestão
- aprender a gerir e liderar, 2:2
- sem boa governação, 2:8
- como funções complementares, 2:6
- gerir sem liderar, 2:8
- gerir versus liderar, 2:6–2:8
- governação, relação com a liderança e gestão, 2:7, 2:15
- integração da liderança e gestão, 2:14, 2:15
- liderar sem gerir, 2:7
- princípios para desenvolver gestores que lideram, 2:8
- Processo Integrado de Liderança e Gestão (figura), 2:14
- Quadro de Liderança e Gestão (figura), 2:9
- visão geral, 2:1

liderança, gestão e governação (LGG)
- ampliação dos serviços (Egipto), 10:28
- aplicação do princípios da gestão de mudanças, 2:3
- atitudes e comportamentos que são perigos para os gestores, 2:17–2:19
- clima de trabalho melhora com a LGG, 2:3
- crítica para o sucesso organizacional, 2:2
- definição, 2:7, 2:29
- desafios da melhoria do desempenho, 2:5–2:6
- diagrama de Espinha de Peixe na LGG, 2:32–2:33
- efeitos de habilidades reduzidas, 2:5
- equilíbrio de demandas concorrentes, 2:15–2:16
- Estrutura de Fortalecimento dos Sistemas de Saúde Centrada no Pessoal, 1:6
- glossário de termos, 2:29
- melhoria dos resultados devido à LGG, 2:4–2:5
- Modelo de Liderança, Gestão e Governação para Obter Resultados (figura), 2:5
- mudanças de atitudes que os líderes precisam empreender, 2:20–2:21
- nos níveis superiores, 2:15–2:17
- perguntas feitas pelos gestores sobre práticas de gestão, 2:3–2:4
- planeamento ligado à LGG, 5:3–5:4
- práticas comprovadas, 2:28–2:29
- práticas de gestão, 2:5, 2:12–2:13
- práticas de governação (em figura), 2:5
- práticas de liderança, 2:5, 2:10–2:12
- práticas de monitoria e avaliação, 2:9, 2:13, 9:5
- práticas de saúde pública (Afeganistão, Brasil e Tanzânia), 1:3
- referências e recursos para a LGG, 2:30–2:31
- técnica dos 5 Por Quês na LGG, 2:34

líderes de opinião, papel na expansão dos serviços de saúde, 10:27

limpeza e controlos de qualidade, 8:19

líquidos, métodos de eliminação, 8:70

lista de medicamentos essenciais (LME), 8:4

listas de verificação
para a auto-avaliação da governação, 3:39
para a condição física da farmácia, 8:62
para as condições de armazenamento, 8:53–8:55, 8:65
para o controlo de stock, 8:71–8:72
para a gestão dentro de uma perspectiva de género, 10:15–10:16
para a gestão do stock, 8:52–8:53, 8:71–8:72
para as práticas de dispensação, 8:73–8:77
para a prevenção de pragas, 8:65–8:66
para os procedimentos de armazenamento, 8:63
para o recebimento de suprimentos, 8:64
para as tarefas de gestão do armazenamento, 8:67–8:68
para a viabilidade do plano operacional, 5:25–5:26
para a prevenção do roubo, 8:66–8:67
Lista de Verificação da Viabilidade
para as actividades do plano operacional, 5:25–5:26
figura ilustrativa, 5:26
local de trabalho, equidade no local, 6:8–6:9
lucro/perda líquida, 7:50
lutas de poder, desafios enfrentados pelos conselhos, 3:45

## M

maioria precoce, na expansão da prestação de serviços de saúde, 10:26
maioria tardia, na expansão da prestação de serviços de saúde, 10:26
males. *Ver* género
mandato, para o conselho, 3:45
manual de política de funcionários, 6:23
manuais, contabilidade, 7:66
mapa ELCO (ELigible COuples ou Casais Elegíveis)
definição, 10:38
mapeamento comunitário (Bangladesh), 10:32
mapeamento comunitário, em Bangladeche, 10:32
Masaaki, Imai, 2:34
materiais, como documentar despesas por tipo, 7:21
Mecanismos de Coordenação Nacional (CCMs)
base jurídica, 3:26
conflito de interesses, potencial, 3:27
e o GFATM, 3:26, 3:27
governação, 3:25–3:30
Painéis de Indicadores de Subvenções dos CCM, 3:29–3:30
como órgão multissectorial, 3:25
participação como membro de comité, 3:28
medicamentos/ produtos de saúde
acesso, diferencial de género e o acesso, 4:20
avaliação do sistema de gestão do stock, 8:42–8:43
avaliação da situação do stock, 8:35–8:36
para a bandeja de emergência, 8:44–8:45
blocos construtivos dos sistemas de saúde, 1:4
cálculo do consumo anual, 8:35
cálculo do consumo médio mensal, 8:34–8:35
cálculo da quantidade do pedido, 8:40–8:42
cálculo do stock máximo, 8:37–8:39
ciclo de gestão farmacêutica, 8:4–8:5
controlo de qualidade para produtos armazenados, 8:19, 8:21–8:22
controlo do stock, 8:25
controlo do stock e gestão orçamentária, 8:29–8:31
distribuição em farmácias hospitalares, 8:43–8:45
distribuição em unidades de saúde de menor porte, 8:43
estabelecimento de uma farmácia, 8:7–8:10
factores que influenciam a quantidade do pedido, 8:36
gestão do armazenamento, 8:7
gestão de desperdícios, 8:23, 8:69–8:70
gestão do stock, 8:23–8:25
gestão de suprimentos, 8:51
gestão de suprimentos eficaz, 8:5–8:6
glossário de termos, 8:56–8:58
indicadores de danos, 8:20
kits de atendimento domiciliar, 8:45
lista de verificação para a condição física da farmácia, 8:62
lista de verificação para as condições de armazenamento, 8:53–8:55, 8:65
lista de verificação para o controlo do stock, 8:71–8:72
lista de verificação para a gestão do stock, 8:52–8:53, 8:71–8:72
lista de verificação para as práticas de dispensação, 8:73–8:77
lista de verificação para a prevenção de pestes, 8:65–8:66
lista de verificação para a prevenção de roubos, 8:66–8:67
lista de verificação para procedimentos de armazenamento, 8:63
lista de verificação para o recebimento de suprimentos, 8:64
lista de verificação para as tarefas de gestão do armazenamento, 8:67–8:68
métodos de cálculo de consumo, 8:32–8:34
métodos de eliminação de artigos expirados, danificados e obsoletos, 8:47–8:49

organização de suprimentos na área de armazenamento, 8:11–8:13
pedido de novo stock, 8:32
práticas comprovadas, 8:55–8:56
práticas de dispensação, 8:46
prescrição e uso, 8:46
procedimentos de controlo do stock ao final do mês, 8:42
produtos que exigem condições especiais de armazenamento, 8:17–8:18
recebimento e organização do stock, 8:13–8:16
recipientes para instrumentos cortantes, 8:69
referências e recursos, 8:58–8:60
regulamentos de compras do Fundo Global, 8:6
rotação do stock e monitoria da validade, 8:16–8:17
sistemas de cartões de stock, 8:26–8:29
stock físico dos medicamentos, 8:18–8:19
suprimento de trabalhadores de saúde de base comunitárias, 8:45
tipos de desperdícios e possíveis melhorias na gestão dos medicamentos (figura), 8:3
tipos e usos de extintor de incêndio, 8:68
treinamento e melhoria do desempenho do pessoal de suprimentos, 8:49–8:50
visão geral, 8:1–8:4

**medicamentos.** ***Ver também*** **medicamentos/produtos de saúde**
definição de uso de medicamentos, 8:57
desperdícios e possíveis melhorias na gestão de medicamentos (figura), 8:3
estimativa de necessidades futuras, 8:24
métodos de eliminação, 8:70
prescrição racional e uso dos medicamentos, 8:46

**medicamentos anti-infecção, métodos de eliminação, 8:70**

**medicamentos controlados, eliminação, 8:70**

**medicamentos essenciais**
definição, 8:57
lista da OMS, 8:4

**medição da implementação do plano, 5:22–5:24**

**medo, perigos da liderança, 2:17–2:18**

**melhor valor**
definição, 7:51
obtenção, 7:26

**membros do comité financeiro, 3:43**

**membros do Conselho de Administração**
actividades de captação de recursos, 3:33, 3:43
aptidões necessárias, 3:31–3:32
conflito de interesses, 3:35–3:36, 3:45
conflitos entre eles, 3:45
desafios para eles, 3:45
descrições das funções, 3:28
sem experiência, 3:45
falta de compromisso, 3:45
ineficazes, 3:45
mandatos, 3:45
de uma organização da sociedade civil, 3:31
orientação dos novos, 3:34, 3:38, 3:45
papeis e responsabilidades, 3:45
recrutamento e selecção, 3:38
selecção, critérios, 3:34, 3:38, 3:45, 3:47
selecção, processo para um órgão multissectorial, 3:26

**metas.** ***Ver também*** **resultados mensuráveis**
alcançar a boa governação, 3:3
compartilhadas, 3:3–3:4
definição, 9:41
distintas dos indicadores, 9:25
quadro lógico, nas metas, 9:13
tipos de planeamento e as metas, 5:7

**método de consumo, para a estimativa de necessidades futuras, 8:32–8:33**

**método da morbidade para estimar necessidades futuras de medicamentos/produtos de saúde, 8:32–8:33**

**métodos participativos, selecção de fontes de dados para avaliações, 9:35**

**mHealth (saúde móvel), definição, 3:49**

**miroir de santé communautaire (espelho comunitário), na Guiné, 10:33, 10:37**

**missão**
articulação no processo de planeamento, 2:9, 2:25, 5:11
construção da declaração de missão, 5:12–5:13
definição, 2:29, 5:32
exemplos de declarações de missão, 5:13
Modelo do Desafio e a missão, 2:25
necessidade, organizacional, 5:12
órgão de governação como campeão da missão, 3:2, 3:41–3:42
políticas para realizar a missão da organização, 3:2

**mitigação**
de conflitos de interesses, 3:27, 3:35, 7:23–7:24
a gestão de riscos e a mitigação, 7:20

**mobilização, como prática de liderança.** ***Ver*** **alinhamento e mobilização**

**modelo de controlo do stock ideal (figura), 8:37**

**Modelo do Desafio**
definição, 2:25, 2:29
e diagrama de espinha de peixe, 2:32–2:33
como ferramenta para aperfeiçoar o desempenho, 2:25–2:28
figura de ilustração, 2:26

modelo de governação dos sistemas de saúde (figura), 3:5
Modelo de Liderança, Gestão e Governação para Obter Resultados (figura), 2:5
modelos, para o planeamento
  Árvore de Decisão para Selecção de Actividade, 5:38
  planeamento operacional, 5:37
  planeamento estratégico (figura), 5:36
  SWOT (forças, fraquezas, oportunidades e ameaças), 5:35
monitoria
  características de uma boa ferramenta de monitoria, 9:28–9:30
  comparação com avaliação, 9:4–9:6
  datas de expiração, 8:16–8:17
  importância da monitoria de rotina, 9:9
  informações accionáveis resultantes da monitoria, 9:9–9:11
monitoria e avaliação (M&A)
  acções correctivas movidas pela M&A (exemplo do Paquistão), 9:26
  acesso equitativo aos serviços de saúde e a M&A, 10:12
  aplicação à HRM (GRH), 6:7
  armadilhas, 9:27
  avaliações formativas, 9:30–9:31
  avaliações sumativas, 9:31–9:32
  blocos construtivos dos sistemas de saúde, 1:4
  características da boa ferramenta de monitoria, 9:28–9:30
  comparação da monitoria com a avaliação, 9:4–9:6
  consideração para desenhar as avaliações, 9:32–9:33
  como prática de gestão, 2:13
  definição, 9:42
  desenho de uma avaliação para o aprendizado, 9:30
  desenho da ferramenta de M&A, 9:27–9:30
  exemplo de quadro lógico, 9:46–9:47
  forças e fraquezas dos dados de HIS (SIS), 9:38–9:39
  glossário de termos, 9:40–9:42
  importância da monitoria de rotina, 9:9
  indicadores específicos aos géneros, 4:10
  informações accionáveis resultantes da monitoria, 9:9–9:11
  informação para gerir serviços de saúde, 9:2
  para melhorar a gestão do programa (exemplo do Peru), 9:10
  monitoria comparada com avaliação, 9:4–9:5
  outros tipos de avaliações, 9:32
  plano operacional e M&A, 5:28–5:29
  práticas comprovadas, 9:39–9:40
  práticas de liderança e gestão e M&A, 2:13, 2:14, 9:5–9:6
  na prestação de serviços de saúde, 10:3
  propriedade da M&A, 9:6–9:8
  no Quadro da Liderança e Gestão (figura), 2:9, 5:4
  quadros conceptuais para a M&A, 9:14–9:18
  quadros lógicos para M&A, 9:13–9:14
  quadros de M&A, 9:12
  referências e recursos para M&A, 9:42–9:45
  selecção de fontes de dados para avaliações, 9:33–9:37
  sistema de informações de saúde (HIS ou SIS), 9:2–9:4
  visão geral, 9:1–9:2
monitoria, financeira
  ambientes controlados que resultam da monitoria, 7:41
  por gestores financeiros e gerais, 7:3
  habilidades exigidas dos gestores financeiros, 7:4
monitoria do processo
  definição, 9:41
  visão geral, 9:10
montantes fixos, gestão de viagens, 7:33
mortalidade infantil (exemplo do Brasil), 1:3
mortalidade maternal
  acesso à saúde e mortalidade, 4:6
  desafios para reduzi-la, 4:20
  mortalidade e ODMs, 4:22
MOST (Ferramenta de Gestão e Sustentabilidade Organizacional), 7:7
motivação
  falta de motivação causa fracasso do plano, 5:3
  incentivos e motivação, 10:36
mudança
  e a ampliação da mesma, 10:26
  frustração como uma força para mudar, 1:2–1:3
  processo de mudança, 10:29
mulheres. *Ver também* género
  na força de trabalho de saúde, 4:16–4:17
  papéis de género das mulheres, 4:5–4:6
  preocupações de saúde específicas ao sexo feminino, 4:2
multissectorial, definição, 3:49

## N

NAC. *Ver* Comissão Nacional de SIDA (NAC)
nepotismo, 7:23
NGOs. *Ver* organizações não governamentais (NGOs)
níveis de resultados, 9:20, 9:42

normas
de desempenho, 10:7
papel na prestação de contas financeirass, 7:47

## O

objectivos
estratégicos. *Ver* objectivos estratégicos
operacionais, 5:32
objectivo, planeamento, 5:2–5:3
Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs)
alcance, 1:2
considerações de género, 4:22
prejudicados pelas deficiências em políticas e sistemas de HRM (GRH), 6:2
liderança e gestão e os Objectivos, 2:5
mortalidade maternal e os Objectivos, 4:22
expansão para atender os Objectivos, 2:2
objectivos estratégicos
definição, 5:32
desenvolvimento passo a passo, 5:17–5:18
funcionários ajudam a moldar os objectivos, 6:11
importância dos objectivos, 5:17
matriz para desenvolvimento dos objectivos, 5:19
medição, 3:16
visão geral, 5:16–5:17
objectivos operacionais, 5:32
obrigações financeiras
definição, 7:50
visão geral, 7:18
obstáculos, superação pelo uso dos critérios SMART, 2:27
ODMs. *Ver* Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODMs)
OMS (Organização Mundial da Saúde)
no desenvolvimento do quadro de acção de HRH, 6:3
programa de treinamento sobre gestão do suprimento de medicamentos, 8:50
Global Health Library [Biblioteca Global de Saúde], 10:24
quadro do sistema de saúde, 1:4
lista de medicamentos essenciais, 8:4
indicadores de desempenho, 5:22
Guia Prático para Ampliar as Inovações nos Serviços de Saúde, 10:27
prescrição e uso racional de medicamentos, 8:46
sobre a questão da expansão, 10:23
optimismo, passando do desespero e pessimismo para o optimismo, 2:22
orçamentos
definição, 7:50
actividades do plano operacional, 5:30
relatórios padrão de contabilidade, 7:11–7:12
e controlo do stock, 8:29–8:31
Organização Mundial da Saúde. *Ver* OMS (Organização Mundial da Saúde)
organização da sociedade civil (OSC)
eficácia do conselho, 3:38–3:39
e as reuniões do conselho, 3:39
definição, 3:30, 3:49
situação financeira, protecção e melhoria, 3:43
e a captação de recursos, 3:43
boa governação na OSC, 3:30–3:31
estrutura de governação da OSC, 3:31
relações governamentais, 3:40
exigências legais da OSC, 3:40
estrutura legal, 3:30
missão, papel do conselho na sua definição, 3:41
e os parceiros, 3:39
práticas comprovadas de governação, 3:46
grupos de interesse, engajamento dos grupos, 3:39
plano estratégico para a OSC, papel do conselho, 3:41
valores, orientação, 3:42
organização de suprimentos médicos
sistemas de classificação para a organização, 8:11–8:12
controlo de acesso à organização, 8:12–8:13
por datas de validade (expiração), 8:12
gestão do produtos doados, 8:13
métodos de organização do stock físico, 8:19
princípios do bom armazenamento, 8:11
organizações não governamentais (NGOs). *Ver também* organizações da sociedade civil
como organizações da sociedade civil, 3:30
no desenvolvimento do quadro de acção de HRH (RHS), 6:3
órgãos de governação. *Ver também* conselho de administração
como administradores responsáveis dos recursos, 3:14–3:17
auto-avaliação do desempenho, 3:16–3:17
coalizões, construção, 3:10
competências necessárias, 3:16
conflitos de interesse e os órgãos, 3:14–3:15. *Ver também* conflitos de interesse
dever de cuidado, 3:2
dever de lealdade, 3:2
dever da obediência, 3:2
direcção estratégica, estabelecimento, 3:12–3:13, 3:41–3:42
estabelecimento de seis políticas essenciais, 3:3
gestores, relação com os órgãos, 3:2

integridade como responsáveis pelos recursos, 3:14–3:15
missão, como campeão do órgão, 3:2
mulheres representadas nos órgãos, 4:21
papel básico dos órgãos, 3:2
pessoal dos serviços de saúde, suporte, 3:11
prestação de contas e os órgãos, 3:7–3:9
prestação de contas interna dos órgãos, 3:8
prestação de contas pessoal e órgãos, 3:7
prestação de contas social dos órgãos, 3:8
relações com grupos de interesse, 3:10–3:12
responsabilidade externa dos órgãos, 3:8
responsabilidades legais dos órgãos, 3:2
selecção dos membros, 4:6
supervisão pelos órgãos, 3:15
transparência e prestação de contas mantida pelos órgãos, 3:32, 3:34–3:35
visão geral do papel como administradores responsáveis, 3:14–3:15
visitas de campo pelos órgãos, 3:15

**órgãos multissectoriais.** *Ver também* **governação, órgãos multissectoriais**
aumento de órgãos, 3:25
definição, 3:25, 3:49
exemplos, 3:25
governação nesses órgãos, 3:25–3:30
objectivo e papel, esclarecimento, 3:29
organização dos órgãos, 3:25
práticas comprovadas para governar, 3:46
recursos financeiros e esses órgãos, 3:29

## P

**PAC (atendimento pós-aborto),** 10:28
**pacientes ambulatórios, pré-embalagem dos medicamentos para eles,** 8:43–8:45
**pacientes, dispensação aos pacientes,** 8:73–8:74
**pagamentos,** 7:37
**painéis de indicadores de desempenho**
definição, 9:42
para serviços de VSC (Contracepção Cirúrgica Voluntária), 9:29
visão geral, 9:29–9:30
**pais, papel nos sistemas de saúde,** 1:3
**papéis de género**
cuidadora, 4:5
para os homens, 4:2, 4:12
para as mulheres, 4:5–4:6, 4:17
patriarcado e papéis, 4:2
prestadora do atendimento de saúde, familiar, 4:5
prestadora do atendimento de saúde, nos sistemas de saúde, 4:5–4:6
recursos humanos para a saúde e os papéis, 4:5–4:6, 4:16–4:17
riscos de saúde relacionados aos papéis, 4:2
**papéis na equipa equilibrada de planeamento,** 5:9
**papel, métodos de eliminação,** 8:70
**parceiros, desenvolvimento**
engajamento com parceiros, 3:39
representação em órgãos multissectoriais, 3:28
responder ao interesse dos parceiros, 3:33, 3:34
**parceria na prestação de serviços de saúde, sectores público e privado,** 10:34
**parcerias público-privadas (PPPs),** 10:34, 10:35
**Pareto (ABC), análise,** 8:31, 8:56
**participação, definição,** 3:49
**passivo**
definição, 7:50
no modelo de balanço patrimonial, 7:53
no plano de contabilidade, 7:9
**PBF.** *Ver* **financiamento baseado no desempenho (PBF)**
**PC (pedido de cotação)**
definição, 7:51
requisitos de solicitação, 7:28
**PDQ (Qualidade Definida pela Parceria)**
criação e manutenção de serviços de qualidade com PDQ, 10:10
definição, 10:38
**pensamento estratégico,** 5:7
**pedidos de compras, compras,** 7:30
**pedido de cotação (PC)**
definição, 7:51
requisitos de solicitação, 7:28
**pedido de proposta (PP)**
definição, 7:51
requisitos de solicitação, 7:28
**pedido/contrato de compra por tempo limitado**
definição, 7:51
e pré-qualificação de fornecedores, 7:24
**pedido/contrato de compras**
instrumentos de compras, 7:28–7:29
ordem/contrato geral de compras, 7:24
**pedido de stock**
cálculo da quantidade do pedido, 8:40–8:42
factores que influenciam a quantidade do pedido, 8:36
lista de verificação para a gestão do stock, 8:52
lista de verificação para o pedido, 8:72
métodos de consumo e morbidade para estimar necessidades futuras, 8:32–8:33
pedidos de emergência, 8:41–8:42
uso de registos de stock para o pedido, 8:25
**PEPFAR.** *Ver* **Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio do SIDA (PEPFAR)**
**perdas, stock,** 8:57

**perspectiva de género, definição,** 4:26
**pessimismo, passagem do pessimismo para optimismo e esperança,** 2:22
**pessoal**
compromisso com os serviços de saúde, 1:2
componente de HRM (GRH), 6:20
controlos internos relacionados ao pessoal, 7:39
desenvolvimento de conhecimento especializado no sistema de contabilidade, 7:66
desenvolvimento generalizado, 6:11–6:12
falta de motivação como causa do fracasso do plano, 5:3
obter o compromisso antes da implementação de novo software de contabilidade, 7:65
pessoas no centro dos sistemas de saúde, 1:7
políticas e práticas, 6:20
segurança do pessoal, 7:32
sistemas de saúde plenamente funcionais e o pessoal, 1:3
**pestes**
lista de verificação para prevenção de pestes, 8:65–8:66
protecção de produtos médicos armazenados contra as pestes, 8:21
**PHC (atendimento de saúde primária).** *Ver* **atendimento de saúde primária de base comunitária (CBPHC)**
**pistas de auditoria,** 7:20
**planeamento**
acesso equitativo aos serviços de saúde e o planeamento, 10:12
análise dos ambientes externo e interno, 5:10–5:11
análise de género e o planeamento, 4:8–4:9
aplicação à HRM (GRH), 6:6
articulação da missão (onde vamos), 3:41, 5:11–5:13
criação da equipa de planeamento, 5:8–5:9
criação da visão, 5:14–5:16
elementos de um bom plano, 5:30
formulação de estratégias e o planeamento, 5:20–5:21
gestão financeira e o planeamento, 7:3–7:4
gestão do suprimento de medicamentos, 8:50
glossário de termos, 5:31–5:32
ligação com a gestão e liderança, 5:3–5:4
medição da implementação do plano, 5:22–5:24
modelo de Árvore de Decisão para Selecção de Actividade (figura), 5:38
modelo de matriz SWOT, 5:35
modelo de plano operacional (figura), 5:37
modelo de planeamento estratégico, 5:36
monitoria e avaliação e o planeamento, 9:6
objectivos estratégicos no planeamento, 5:16–5:19
operacionalização do plano, 5:24–5:30
pensamento estratégico como base do planeamento, 5:7
planeamento empresarial, 5:7, 5:31
como prática de gestão, 2:6, 2:9, 2:12–2:13
práticas, 2:12
práticas comprovadas, 5:31
na prestação de serviço de saúde, 10:3
de propósito definido, 5:2–5:3
razões da falta de sucesso, 5:3, 5:5–5:6
referências e recursos para o planeamento, 5:33–5:34
tipos de planeamento, 5:6–5:7
visão geral, 5:1–5:2
**planeamento de acções, para HRM (ou GRH),** 6:31
**planeamento familiar**
criação de sistemas de saúde funcionais e o planeamento familiar, 1:3
integração da prevenção de VIH com o planeamento familiar, 10:21–10:22
**planeamento estratégico**
análise dos ambientes externo e interno, 5:10–5:11
articulação da missão (para onde vamos), 5:11–5:13
na boa governação, como prática essencial, 3:2, 3:4, 3:12–3:13, 3:19
considerações de género e planeamento, 4:10
criação da equipa para o planeamento, 5:8–5:9
criação da visão, 5:14–5:16
definição, 5:32
estabelecimento de objectivos estratégicos, 3:13, 5:16–5:19
estrutura do plano estratégico, 5:24
formulação de estratégias, 5:20–5:21
na governação da sociedade civil, 3:33, 3:41–3:42
medição da implementação do plano, 5:22–5:24
modelo (figura), 5:36
em órgãos multissectoriais, como prática de governação, 3:29
práticas comprovadas, 3:46, 5:31
tecnologia como ferramenta de planeamento, 3:16
visão geral, 5:6
**planeamento dos negócios,** 5:7, 5:31
**plano de contabilidade**
definição, 7:50
fontes de dados para os relatórios, 7:12–7:13
visão geral, 7:9

Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio do SIDA (PEPFAR), 3:25, 6:8, 10:20
plano de monitoria e avaliação (M&A)
exemplo de plano, 9:24
passo 1: definir resultados esperados, 9:18, 9:20
passo 2: identificar os indicadores, 9:21–9:22
passo 3: identificar as fontes de dados, 9:22
passo 4: determinar os métodos de recolha de dados, 9:23
passo 5: recolher dados de base e de seguimento, 9:23, 9:26
passo 6: compartilhar e usar os dados, 9:26–9:27
plano operacional
actividades de custo e orçamento, 5:28, 5:30
Árvore de Decisão para Selecção de Actividade, 5:25, 5:27
componentes do plano (figura), 5:25
definição, 5:32
lista de verificação de viabilidade (figura), 5:26
matriz para identificar actividades e estratégias correspondentes, 5:26
modelo (figura), 5:37
planear novas iniciativas, 5:30
práticas comprovadas, 5:31
selecção de actividade no plano, 5:25–5:28
monitoria, 5:28–5:29
visão geral, 5:6, 5:24–5:25
plano de recursos humanos, 6:23
planos de desenvolvimento pessoal
avaliação do desempenho e os planos, 6:10
definição, 6:23
planos estáticos, fracasso do planeamento devido a esses planos, 5:5
plástico PVC, método de eliminação, 8:70
Plataforma de Acção de Pequim, 4:22
Policy Governance®, John Carver, 3:32
política pública
considerações de género na política pública, 4:5
papel do conselho, 3:40
política de confidencialidade, conselho de directores de OSCs, 3:36
política de remuneração, conselhos das OSCs, 3:36
políticas
aplicação equitativa, 6:8
para uma boa governação, 3:35
confidencialidade, para os conselhos, 3:36
conflitos de interesses, para os órgãos de governação, 3:26–3:27, 3:45, 3:47
controlos internos, 7:39, 7:44–7:47
documentação, 7:45–7:47
financeiras, governação e políticas, 3:42–3:43, 3:44
financeiras/gestão das operações, 7:6
inquéritos para melhorar a HRM (GRH), 6:15
modelo, 7:81
organizacionais, papel do órgão de governação no estabelecimento, 3:11
pilares da HRM (GRH), 6:4
prestação de contas financeiras, 7:47
públicas, governação e políticas, 3:40
o que são elas, 7:6
de saúde, influência sobre os formuladores de políticas, 3:40
viagens, 7:32
ponto de atendimento, sistemas de gestão no ponto, 10:2
ponto de prestação de serviços, 1:11
PP (pedido de proposta)
definição, 7:51
requisitos de solicitação, 7:28
PPPs (parcerias público-privadas), 10:34, 10:35
práticas
da boa governação, 3:2, 3:4
compras, 7:26
conselho, 3:46–3:47
dispensação de produtos de saúde, 8:46, 8:73–8:77
de gestão, 2:12–2:13, 2:28–2:29
gestão financeira/operações, 7:47–7:48
dos gestores que lideram, 2:6,
HRM (GRH), 6:5–6:7, 6:22
inquéritos para fins de melhoria, 6:15
de liderança, 2:9–2:11, 2:25
medicamentos/produtos de saúde, 8:55–8:56
monitoria e avaliação (M&A), 9:39–9:40
planeamento, 5:31
que poupam gastos, 7:18
satisfação dos funcionários e práticas, 6:7–6:8
práticas baseadas em evidências
escolha e adaptação, 10:24
fontes da Internet sobre tais práticas, 10:25
tomada de decisões baseada em evidências, definição, 3:48
práticas de dispensação
definição, 8:57
lista de verificação, 8:73–8:77
para medicamentos/ produtos de saúde, 8:46
para pacientes de ambulatório e pacientes internados, 8:44
práticas de gestão
implementação. *Ver* implementação
monitoria e avaliação (M&A). *Ver* monitoria e avaliação (M&A)
organização. *Ver* organização
planeamento. *Ver* planeamento

práticas de liderança
alinhamento e mobilização. *Ver* alinhamento e mobilização
focalização *Ver* focalização
inspiração. *Ver* inspiração
exploração. *Ver* exploração
práticas de organização
sua aplicação a HRM (GRH), 6:6, 6:7
gestão financeira, 7:3
gestão do stock, 8:53
gestão do suprimento de medicamentos, 8:50
habilidades de gestão e práticas, 2:8
monitoria e avaliação e práticas, 9:6
prática, 2:9, 2:13
na prestação de serviço de saúde, 10:3
relação do planeamento com a liderança e gestão, 5:4
prazo de entrega
definição, 8:57
fornecedores e prazos, 8:36–8:38
precisão, dos indicadores de desempenho, 5:22
preços, habilidades necessárias para a gestão financeira, 7:4
preocupação consigo mesmo, deixar disto e passar para a generosidade e preocupação pelo bem comum, 2:24–2:25
preocupações de saúde específica à biologia de cada sexo, 4:2
pré-qualificação de fornecedores, 7:24
prescrições, prescrição e uso racional de medicamentos, 8:46
prestação de contas responsável
e cartões de inquéritos com cidadãos, 3:9
como prática essencial de boa governação, 3:2, 3:4, 3:7–3:9, 3:19
e confiança das agências doadoras, 3:34
definição, 3:49
na governação multissectorial, 3:26–3:28
na governação do sector público, 3:20, 3:22
na governação da sociedade civil, 3:33, 3:34–3:35
organizacional, externa, 3:8
pessoal, na governação, 3:7
social, dos órgãos de governação, 3:8
transparência como característica, 3:7–3:9, 3:34
e troca de informações, 3:7
Twaweza, iniciativa dos cidadãos (exemplo), 3:9
prestação de contas pública, dos órgãos de governação, 3:7–3:8
prestação de contas social dos órgãos de governação, 3:8
prestação de serviços de saúde, base comunitária. *Ver* prestação de serviços
prestação de serviços
acesso equitativo aos serviços de saúde e a prestação. *Ver* equidade no acesso a serviços de saúde
atendimento de saúde primária de base comunitária (CBPHC). *Ver* atendimento de saúde primária de base comunitária(CBPHC)
blocos construtivos dos sistemas de saúde, 1:4
à comunidade de lésbicas, homossexuais, bissexuais, transgéneros (LGBT), 4:16
elementos críticos para o sucesso da prestação, 2:2
elementos da prestação, 10:3
expansão. *Ver* expansão da prestação de serviços de saúde
glossário de termos, 10:37–10:38
governação do sistema de saúde e a prestação, 3:4
como liderar, gerir e governar contribuem à prestação, 2:5
práticas comprovadas, 10:37
qualidade do serviço. *Ver* qualidade do serviço
referências e recursos para a prestação, 10:39–10:42
responsabilidade do conselho pela qualidade da prestação, 3:38
sector privado e a prestação. *Ver* sector privado com fins lucrativos, papel na prestação de serviços
serviços integrados. *Ver* serviços de saúde integrados
sistemas de gestão e a prestação, 1:9
sumário, 10:36
visão geral, 10:1–10:3
previsão
cálculo do consumo mensal e a previsão, 8:32–8:34
definição, 8:57
requisitos dos medicamentos, 8:24
previsão de receitas, 7:4
primeiro a vencer/primeiro a sair (FEFO), gestão do stock, 8:10, 8:57
primeiro a entrar/primeiro a sair (FIFO), gestão do stock, 8:10, 8:57
princípios
para desenvolver gestores que lideram, 2:8
da gestão das informações, 9:7–9:8
da gestão de mudanças, 2:3
prioridades
áreas e estratégias prioridade de HRM (GRH), 6:29–6:30
estabelecimento de prioridades de trabalho, 2:23, 6:9

o papel do órgão de governação na definição das prioridades, 3:12–3:13
procedimentos
compras, 7:25–7:26
controlos internos, 7:40
documentação, 7:45–7:47
gestão financeira/operações, 7:6
lista de verificação para procedimentos de armazenamento, 8:63
modelo de políticas e procedimentos, 7:81
prestação de contas financeiras, 7:47
processos
cadeia de resultados e processos, 9:12
definição, 9:42
desenvolvimento do plano de M&A e processos, 9:20
processo contínuo de integração de género, 4:11–4:14
Processo Contínuo de Planeamento Estratégico e Operacional (figura), 5:5
Processo Integrado de Liderança e Gestão (figura), 2:14
produtos
actividades e produtos, 5:22–5:23
cadeia de resultados, 9:12
definição, 5:32, 9:41
elaboração do plano de M&A e produtos, 9:20
produtos básicos, 7:50
produtos danificados
ajuste do stock nesses casos, 8:29
manutenção da qualidade dos produtos armazenados, 8:19–8:21
métodos de eliminação, 8:47–8:49
e recebimento e organização do stock, 8:14
verificação se há algum ao receber suprimentos, 8:16
produtos farmacêuticos. *Ver também* medicamentos/ produtos de saúde
eliminação, 8:23
estabelecimento da farmácia, 8:7–8:8
genéricos, 8:9, 8:57
imobilizados, 8:48, 8:57
não imobilizados, 8:58, 8:70
organização por nomes genéricos, 8:11
treinamento gestão de produtos, 8:50
produtos farmacêuticos genéricos
definição, 8:58
identificação de produtos médicos por nomes genéricos, 8:9
organização de suprimentos médicos por nomes genéricos, 8:11
produtos farmacêuticos imobilizados
definição, 8:58
gestão de resíduos e produtos, 8:48
produtos farmacêuticos não imobilizados, 8:58, 8:70
produtos obsoletos, métodos de eliminação, 8:47–8:49
produtos de saúde. *Ver* medicamentos/produtos de saúde
PROFAMILIA, declaração de missão, 5:13
programa de auditoria financeira, 7:50
Programa de Desenvolvimento da Liderança (LDP)
definição, 10:38
exemplo do Egipto, 6:18
Programa de Educação de Vida Familiar (FLEP ou PEVF), 6:19
programa de preservativos (Índia), 10:35
programa de treinamento sobre Gestão do Fornecimento de Medicamentos, 8:50
programas COPE comunitários, 10:32, 10:37
programas de género transformadores
definição, 4:13
exemplo, no Quénia, 4:14
falta de programas, 4:23
programas de incentivo, para motivar os prestadores, 10:36
programas de incentivo, HRM (GRH)
definição dos incentivos, 6:23
tipos de programas, 6:14
vínculo com as avaliações de desempenho, 6:10–6:11
visão geral, 6:13
projecções de fluxo de caixa, 3:44
Projecto de Garantia de Qualidade (PGQ), USAID, 10:4–10:5
Projecto HCI (Melhoria do Atendimento de Saúde, MAS), USAID, 10:4
protocolos de segurança, para o sistema de contabilidade, 7:67


## Q


quadro de monitoria, para medir a implementação, 5:23
Quarta Conferência Mundial sobre Mulheres, 4:4, 4:22
quadro conceptual
definição, 9:42
para a monitoria e avaliação (M&A), 9:14–9:18
Quadro da Liderança e Gestão (figura), 2:9, 5:4
quadros de referência, para a monitoria e avaliação (M&A)
quadros conceptuais, 9:14–9:18
quadros lógicos, 9:13–9:14
visão geral, 9:12

Qualidade Definida pela Parceria (PDQ)
criação e manutenção de serviços de qualidade com PDQ, 10:10
definição, 10:38
qualidade do serviço
abordagens e ferramentas, 10:8–10:11
acesso equitativo a serviços de saúde e a sua qualidade, 10:12
dimensões da qualidade, 10:6
garantia de qualidade (GQ), 10:4–10:5
questões essenciais de qualidade, 10:5–10:8
quantidade do pedido
cálculo, 8:40–8:42
cálculo usando stock máximo e factor de novo pedido, 8:71
definição, 8:58
factores que influenciam, 8:36
quantificação
definição, 8:58
métodos do consumo e da morbidade, 8:33
quantidade de novo pedido
cálculo, 8:40–8:42
determinação dos factores de novos pedidos, 8:40–8:41, 8:71
queima no recipiente aberto, como método de eliminação, 8:48
QuickStart
avaliação interna com QuickStart, 7:42
ferramentas para verificar os sistemas de gestão financeira, 7:7

## R

razão geral
definição, 7:50
fontes de dados para relatórios, 7:13
Princípios Contabilísticos Geralmente Aceites (GAAP), 7:9
recebimento de suprimentos
passos básicos, 8:14–8:16
lista de verificação, 8:64
visão geral, 8:13–8:14
receitas
definição, 7:51
no modelo de declaração de renda, 7:54
responsabilidade do conselho de criar programas para aumentar as receitas, 3:43
recibos, gestão de viagens, 7:33
recipientes para instrumentos cortantes, métodos de eliminação, 8:69
recolha de dados
para o plano de M&A, 9:23
simplificação (exemplo da África do Sul), 9:11
reconciliação de contas, 7:48
recrutamento
definição, 6:23
exemplo do Quénia, 6:17
de membros do conselho, 3:38
tratamento justo dos funcionários, 6:8–6:9
recursos. *Ver também* administração responsável dos recursos
administração responsável, no sector público, 3:22, 3:23
administração responsável dos recursos, como prática essencial de boa governação, 3:4, 3:14–3:17, 3:19
blocos construtivos dos sistemas de saúde, 1:4
papel dos órgãos de governação em obter o monitorar os recursos, 3:14–3:17
planeamento e recursos, 2:4, 2:6, 5:2–5:3
uso eficaz dos recursos, 7:17–7:19
recursos humanos para a saúde (RHS)
acesso à educação e recursos humanos, 4:16–4:17
componentes, 6:4
estratégia nacional de recursos humanos, 6:3
montar uma estratégia de recursos humanos, 6:2
género e recursos humanos, 4:5–4:6
processo contínuo de integração e recursos humanos, 4:12–4:13
redução da capacidade ociosa, como prática para poupar gastos, 7:18
refrigeração/congeladores, ao estabelecer a farmácia, 8:8
registo de activos, 7:35
registos. *Ver também* registos de stock
entrega de produto, 8:15
gestão do stock, 8:52
registos de stock
custos de manutenção do stock, 8:24
definição, 8:58
gestão do stock e registos, 8:42
novos pedidos e registos, 8:25
produtos doados e registos, 8:13
stock máximo e registos, 8:37
Reina, Dennis e Michelle, sobre a confiança, 2:19
relações externas, e a governação, 3:8–3:9, 3:40
relatórios
contabilidade padrão, 7:10–7:12
fontes de dados, 7:12–7:13
lista de verificação para gestão do stock, 8:52
remuneração e benefícios
benefícios complementares, 7:59
definição, 6:23
documentação de despesas por tipo, 7:21
equidade, 6:8
e a satisfação dos funcionários, 6:7
e o sistema HRM (GRH), 6:5–6:6, 6:20

renda
definição, 7:51
no plano de contabilidade, 7:9
requisitos de solicitação, compras, 7:27–7:28
responsabilidades, descrições de funções e responsabilidades, 6:9
restrições na expansão dos serviços de saúde, 10:24
resultados
definição, 9:42
falta de conexão entre os resultados e insumos causa o fracasso do planeamento, 5:6
resultados esperados no plano de M&A, 9:18, 9:20
resultados (saúde)
actividades e resultados, 5:22–5:23
a boa governação e os resultados, 3:3, 3:5
cadeia de resultados, 9:12
definição, 5:32, 9:41
elaboração do plano de M&A e resultados, 9:20
foco nos gestores que lideram, 2:8
melhoria da liderança, gestão e governação, 2:4–2:5
mensurável, 5:20
resultados mensuráveis
definição, 5:32
para garantir qualidade, 10:5–10:6
planeamento estratégico e resultados, 5:6, 5:20, 5:22
retroinformação
informação sobre sistemas de retroinformação, 6:11
líderes sénior que pedem retroinformação, 2:17
recebimento da retroinformação pelos funcionários, 6:10–6:11
reuniões, órgãos de governação
condução das reuniões, 3:39
documentação, para os órgãos multissectoriais, 3:27
política de comparecimento, 3:36, 3:45
realização das reuniões, 3:39
Rogers, Everett, 10:26
rotação dos medicamentos/produtos de saúde, 8:16–8:17
rotulagem de medicamentos/produtos de saúde, 8:9
roubo
lista de verificação para a prevenção do roubo, 8:66–8:67
protecção de produtos médicos armazenados contra o roubo, 8:21
verificação das indicações de roubo ao receber suprimentos, 8:15

## S

salários
documentação de despesas por tipo, 7:21
tratamento justo dos funcionários, 6:8–6:9
saúde pública, práticas de liderança e gestão, 1:3–1:5
saúde pública informada pelas evidências, definição, 3:49
saúde reprodutiva
carga da juventude e saúde reprodutiva, 10:35
juventude e saúde reprodutiva, 10:16–10:17
programa de preservativos (Índia), 10:35
SBM-R. *Ver* gestão e reconhecimento baseados em normas (SBM-R)
sector privado de fins lucrativos, divisão de trabalho entre o governo e este sector, 10:35
sector privado de fins lucrativos, papel na prestação de serviços
abordagens e ferramentas, 10:35–10:36
contexto, 10:33–10:34
exemplos da Tanzânia e Índia, 10:35
questões essenciais, 10:34
sector público. *Ver também* governação, sector público
aproveitamento do poder do governo, 10:36
boa governação no sector público, 3:18–3:24
definição, 3:18
divisão do trabalho entre os sectores público e privado, 10:35
práticas comprovadas de governação, 3:46
segurança do pessoal e veículos, 7:32
segurança do stock, 8:38, 8:58
segurança de veículos, 7:32
selecção, no ciclo de gestão farmacêutica, 8:4
sensibilização à questão de género, definição, 3:49
sequência de resultados
abordagem do quadro lógico, 9:13
Caminho de Mudança e a sequência, 9:15–9:16
definição, 2:7, 9:42
factores, 9:12
níveis, 9:12, 9:20
separação de responsabilidades, 7:43–7:44
sequência "Para Que" para cada actividade, no Caminho da Mudança (figura), 9:17
serviços integrados de saúde
abordagens e ferramentas, 10:22–10:23
contexto para serviços, 10:19
definição, 10:38
integração do género nos serviços, 4:16
principais questões nos serviços, 10:20–10:22

serviços de provedores eficientes, orientados aos clientes (COPE)
criação e manutenção de serviços de qualidade com COPE, 10:10–10:11
programas comunitários de COPE, 10:32, 10:37
serviços de saúde verticais
combinação com serviços integrados, 10:20
comparação com serviços integrados, 10:19
mudança para os serviços integrados, 10:21
servidores-líderes (Greenleaf), 2:3
sexo, definição, 4:26
sistema de informações de saúde (HIS ou SIS)
considerações de género no sistema, 4:18
dados desagregados segundo o sexo, 4:12, 4:18
definição, 9:42
forças e fraquezas dos dados de HIS, 9:38–9:39
melhoria e uso dos dados de HIS (exemplo de Madagáscar), 9:37–9:38
monitoria e avaliação (M&A), 9:2–9:4
subsistema e ciclos do sistema, 9:2–9:3
subsistemas comuns (figura), 9:3
trabalho com o pessoal, gestores e prestadores de serviços, 9:7
sistema rotativo
definição, 8:57
fornecimento de medicamentos/produtos de saúde por meio desse sistema, 8:44
sistemas de classificação de funções
componentes dos sistemas de HRM (GRH), 6:6, 6:20, 6:27
definição, 6:23
equidade dos sistemas, 6:8
sistemas de saúde
característica de gestão compartilhada, 1:8
centrados nas pessoas, 1:5–1:7
como blocos construtivos do sistema de saúde, 1:4
computadores e sistemas, 1:5
concepção de sistemas de gestão com as pessoas em mente, 1:7–1:8
criação de sistemas funcionais, 1:3–1:5
definição, 1:11
glossário de termos, 1:11
integração do género nos sistemas, 4:15
intervenções para o fortalecimento, 1:8
liderança, gestão e governação e os sistemas, 2:1–2:2
quadro de referência para o fortalecimento, 1:6
papel dos sistemas de gestão nos sistemas de saúde, 1:9–1:10, 2:2
práticas comprovadas, 1:10
práticas de liderança e gestão (Afeganistão, Brasil, Tanzânia), 1:3
referências e recursos para os sistemas, 1:11
sistemas de gestão e sistemas de saúde, 1:9, 2:2
sistemas de informações. *Ver* sistemas de informações de saúde (HIS)
visão geral, 1:1–1:2
sistemas de saúde centrados nas pessoas
concepção dos sistemas de gestão com as pessoas em mente, 1:8–1:9
governação e sistemas, 3:6
gestão de recursos humanos e sistemas, 6:7
ilustração do quadro para os sistemas, 1:6
sistemas de gestão administrados por pessoas, 1:9
visão geral, 1:5–1:7
sistemas de saúde plenamente funcionais
construção, 1:3–1:5
definição, 1:11
situação do stock
acesso, 8:35–8:36
definição, 8:58
SMART (Simples, Significativo, Preciso, Relevante, Atempado): critérios para relatórios financeiros, 7:10
SMART (eSpecífico, Mensurável, Apropriado, Realista, e de Tempo marcado): critérios para o estabelecimento de metas
como conseguir resultados SMART, 2:27
critérios dos resultados SMART, 2:27, 2:29, 9:21
definição, 2:29, 9:41
estabelecimento de objectivos estratégicos, 2:16, 5:16
software de contabilidade
avaliação das necessidades, 7:63–7:64
identificação das necessidades de sistema, 7:61
implementação, 7:65–7:69
planeamento para a actualização, 7:61–7:62
programação do pessoal durante a implementação de novo software, 7:67–7:68
recomendações para ter sucesso na actualização, 7:63
selecção, 7:62–7:63
visão geral, 7:61
sólidos, métodos de eliminação, 8:70
STIs. *Ver* infecções sexualmente transmitidas (STIs)
stock, 8:57
stock, médico. *Ver* medicamentos/ produtos de saúde
stock físico
definição, 8:58
lista de verificação para gestão do stock, 8:52

© 2010 MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH

de medicamentos/produtos de saúde, 8:18–8:19
stock máximo
cálculo, 8:37–8:39
cálculo de quantidade do pedido usando stock máximo, 8:71
combinação com os factores de novo pedido ao solicitar stock, 8:41–8:42
definição, 8:58
Stop TB Partnership, 5:16
subcontratos de reembolso de custos, 7:29
substâncias controladas, controlo do acesso a elas, 8:12–8:13
substâncias corrosivas
definição, 8:56
condições especiais de armazenamento necessárias, 8:17
subcontratados, 7:21
subcontratos, como instrumento de compras, 7:29
subcontratos de preço fixo, instrumentos de compras, 7:29
subsistemas, de sistemas de gestão de saúde, 1:6, 1:11
substituição, práticas para poupar gastos, 7:18
sucesso organizacional, cinco elementos críticos do sucesso, 2:2
supervisão, princípios, 8:51
supervisão financeira, governação e obrigações financeiras, 3:14–3:15, 3:29–3:30, 3:43, 3:44
suprimentos, documentação de despesas por tipo, 7:21
sustentabilidade, definição, 3:49


## T


taxa de câmbio, 7:51
taxas de custos indirectos simplificados, 7:58
TB, integração de teste de TB e teste de VIH (Ruanda), 10:22
técnica dos 5 Por Quês, 2:34
tecnologia, usada para aprimorar a transparência da governação, 3:9
tecnologias de comunicação
para melhorar a prestação de contas da governação, 3:9
e as práticas comprovadas de governação, 3:46
para recolher dados, 3:9
telemóveis
como bem de capital, 7:35
para denunciar medicamentos falsificados, 3:22
como ferramenta para uma boa governação, 3:9, 3:17
monitoria e telemóveis, 9:29
temperatura, na lista de verificação para a gestão do stock, 8:53
produtos de temperatura controlada, 8:18
Thisayakorn, Lers, 5:3
tomada de decisões
na boa governação, 3:4
familiares, 4:8
e a responsabilidade pessoal, 3:7
transparência, no sector público, 3:18–3:19
Toolkit dos Gestores que Lideram, 2:10, 2:11, 2:13, 2:16, 2:21, 3:12, 3:40
trabalhadores de saúde comunitários (CHWs), 8:45, 10:30–10:31
trabalho de saúde não remunerado
definição, 4:17
género e trabalho, 4:17
traição da confiança, deficiências da liderança, 2:18–2:19
transacções financeiras, documentação, 3:44, 7:20
transição de tarefas de forma bem pensada, 6:9
transparência
boa governação, como elemento da transparência, 3:4, 3:7–3:9
conflitos de interesses, uso na gestão, 3:27, 3:36
definição, 3:50
exemplo de campo, 3:35
na governação das CSO, 3:34, 3:47
na governação dos órgãos multissectoriais, 3:26–3:27
na governação do sector público, 3:18–3:19
nas práticas de contratação, 6:8, 6:12
prestação de contas e transparência, na governação, 3:7–3:9
tecnologia de suporte (exemplos), 3:9, 3:17
na tomada de decisões das CSO 3:37
treinamento
inclusão no sistemas de HRM (GRH), 6:12, 6:20
pessoal de suprimento, 8:49–8:50
em software de contabilidade, 7:68
Triângulo de Qualidade, 10:4
Twaweza, 3:9


## U


unidades. *Ver* unidades de saúde
tratamento justo, dos funcionários, 6:8–6:9
unidades de saúde
links da comunidade com o projecto, 10:31
distribuição de medicamentos/produtos de saúde a farmácias hospitalares, 8:43–8:45
distribuição de medicamentos/produtos de saúde a unidades pequenas, 8:43

gestão do stock no nível da unidade, 8:23–8:24
farmácia, 8:7–8:10
United Way International, 5:16
USAID (Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional)
no desenvolvimento de um quadro de acção de HRH, 6:3
Factos sobre a Política de Saúde Reprodutiva para os Jovens, 10:16
integração da prevenção de VIH e SIDA com o planeamento familiar, 10:22
abordagem de quadro lógico, 9:13
Projecto de Garantia de Qualidade (PGQ), 10:4–10:5


## V


vacinas, 8:18
vale/cupão, 7:51
validade, indicadores de desempenho, 5:22
valor
obtenção do melhor valor nas compras, 7:26
comparado ao preço, 7:51
valores, promoção dos valores organizacionais, 3:42
VEN (vital, essencial, não essencial) como classificação análise de gastos com medicamentos/produtos de saúde, 8:31
definição, 8:56
ventilação, lista de verificação para a gestão do stock, 8:53
verdades financeiras, 7:4
verificação gerada pelo computador, 7:68
viáveis, indicadores de desempenho, 5:22
vidros, métodos de eliminação, 8:70
VIH e SIDA
carga para a saúde reprodutiva dos jovens, 10:16
impacto sobre HRM (GRH), 6:2
integração da prevenção com o planeamento familiar, 10:21–10:22
integração da prevenção com o teste de TB (Ruanda), 10:22
programa de jovens em Moçambique, 10:18
visão
construção passo a passo, 5:15–5:16
definição, 2:29, 5:32
exemplos de visão, 5:16
opiniões dos especialistas sobre a visão, 5:14
função da visão, nas CSO, 3:41
práticas comprovadas, 5:31
papel do conselho no desenvolvimento para as CSO, 3:41
líderes sénior fornecem e comunicam uma visão compartilhada, 2:15, 2:16
começar com uma visão ou sonho, 2:25
abordagem PBF (financiamento baseado no desempenho - FBD) da hierarquia, 10:9
visitas de campo pelos membros do órgão de governação, 3:15
voluntários, gestão, 6:13, 6:15
VSC (contracepção cirúrgica voluntária), 9:29


## W


Wyatt, Marilyn A., 3:39


## Y


YouthInfoNet, 10:17

# Sobre a Management Sciences for Health

**Management Sciences for Health (MSH)** é uma organização mundial de saúde, sem fins lucrativos, que trabalha para salvar vidas e melhorar a saúde ao fortalecer os sistemas de saúde de mais de 70 países.

A MSH trabalha para salvar vidas ao eliminar o hiato entre o conhecimento e a acção na área de saúde pública. Desde 1971, trabalhamos com responsáveis pelas políticas públicas, profissionais de saúde e comunidades de mais de 150 países para melhorar a qualidade e a disponibilidade dos serviços de saúde e reduzir o seu custo. Para obter mais informações sobre a MSH e o nosso trabalho, recomendamos visitar nosso website www.msh.org.

Management Sciences for Health
200 Rivers Edge Drive
Medford, MA 02155-5741 USA
Telefone: +1 617.250.9500
Email: communications@msh.org
Website: www.msh.org