



**Ministério da Saúde**

**Direcção Nacional de  
Recursos Humanos**

# **Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS)**

**2008–2015**

Coordenação do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa, Portugal  
Colaboração com o Instituto Nacional de Saúde, DRH, e a Escola de Medicina em Maputo  
Financiamento de DANIDA e o Departamento para o Desenvolvimento Internacional

# ÍNDICE

<b>Lista de siglas e acrónimos .....</b>	<b>iv</b>
<b>Prefácio .....</b>	<b>v</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Parte I—Diagnóstico de situação e identificação de prioridades .....</b>	<b>1</b>
Características do sistema de RHS de Moçambique.....	1
Dados sobre RHS .....	6
Pressupostos e riscos .....	12
Prioridades nacionais e continuidade .....	13
Vertentes estratégicas prioritárias.....	15
<b>Parte II—Estratégias, actividades custos e metas .....</b>	<b>16</b>
Vertente estratégica 1—Organização dos serviços do SNS e seu quadro normativo .	19
Resumo da Análise .....	19
Valores e princípios orientadores.....	19
Objectivo Geral.....	20
Estratégias .....	20
Metas.....	20
Custos previstos.....	20
Vertente estratégica 2—Capacidade de gestão aos diferentes níveis .....	23
Resumo da Análise .....	23
Valores e princípios orientadores.....	23
Objectivo Geral.....	24
Estratégias .....	24
Metas.....	24
Custos previstos.....	24
Vertente estratégica 3—Distribuição, motivação e retenção do pessoal do SNS .....	27
Resumo da Análise .....	27
Valores e princípios orientadores.....	27
Objectivo Geral.....	28
Estratégias .....	28
Metas.....	28
Custos previstos.....	28
Vertente estratégica 4—Capacidade da rede de produção inicial, de formação de pós- graduação e de formação contínua.....	31
Resumo da Análise .....	31
Valores e princípios orientadores.....	32
Objectivos.....	32
Estratégias .....	32
Metas.....	33
Custos previstos.....	33
Implementação do PNDRHS .....	38
Execução.....	38
Grupo de Monitoria e Implementação .....	39
Comunicação .....	39
Observatório de RHS .....	40
Apropriação de prioridades aos níveis provinciais e distritais.....	40
Parceiros e recursos .....	41
Assistência técnica.....	41
Investigação .....	41
Monitorização e avaliação.....	41
Incentivos à implementação.....	42
Planeamento integrado e semiaberto .....	43

<b>Anexo I: Indicadores de impacto com base no PESS 2007–2012 .....</b>	<b>44</b>
<b>Anexo II: Estimativa das Necessidades de RHS, da capacidade de produção de RHS pela rede de IF existentes e da necessidade de acções complementares de formação .....</b>	<b>51</b>
<b>Anexo III: Reforma salarial e das carreiras e subsídios e incentivos .....</b>	<b>65</b>
<b>Anexo IV: Revitalização do programa dos APE .....</b>	<b>74</b>
<b>Anexo V: Estimativa dos custos de execução .....</b>	<b>80</b>
<b>Anexo VI: Proposta de Diploma Ministerial para criar a o Grupo para Monitoria e Implementação do PNDRHS .....</b>	<b>92</b>

### **Lista de Tabela**

Tabela 1.	Diagnóstico da situação dos RHS em Moçambique .....	2
Tabela 2.	Profissões legisladas consideradas prioritárias .....	4
Tabela 3.	Níveis de actividades assistenciais existentes .....	5
Tabela 4.	Dados comparativos para alguns indicadores de recursos humanos da saúde, 2004 .....	7
Tabela 5.	Diferença entre as expectativas da dimensão da força de trabalho do SNS e a realidade observada—2006 .....	7
Tabela 6.	Número de habitantes por áreas profissionais consideradas prioritárias: distribuição a nível nacional e por províncias (30 de Junho de 2007) .....	10
Tabela 7.	Distribuição dos RHS por tipo de funções e nível de formação 2000 e 2006 ..	11
Tabela 8.	Pressupostos e riscos a considerar no PNDRH .....	13
Tabela 9.	Expansão da rede sanitária até 2025 .....	16
Tabela 10.	Metas globais de impacto do PNDRHS 2008–2015 .....	17
Tabela 11.	Vertente estratégica 1: Organização dos serviços e quadro normativo .....	21
Tabela 12.	Vertente estratégica 2: Capacidade de gestão aos diferentes níveis .....	25
Tabela 13.	Vertente estratégica 3: Distribuição, motivação e capacitação dos RHS .....	29
Tabela 14.	Vertente estratégica 4: Capacidade da rede de produção inicial e de formação contínua .....	34

### **Anexo II**

Tabela 1.	Rede sanitária para o cenário adoptado .....	51
Tabela 2.	Rede sanitária para 2025 .....	52
Tabela 3.	Estimativas de RHS até 2015 .....	56
Tabela 4.	Número de efectivos globais do SNS e crescimento anual, 2006–2015 .....	56
Tabela 5.	Evolução do pessoal (RHS específicos e gerais), 2006–2015 .....	56
Tabela 6.	Indicadores globais para 2000, 2008 e 2015 .....	57
Tabela 7.	Indicadores globais para 2015 .....	58
Tabela 8.	Crescimento das profissões consideradas prioritárias 2006-2015, e evolução dos rácios de habitantes por profissões .....	59
Tabela 9.	Evolução dos recursos humanos—total, área específica e algumas áreas profissionais por 100 000 habitantes, (total do país), 2006–2015 .....	61
Tabela 10.	Projeções dos ingressos nas instituições de formação da saúde, por tipo de cenário, 2006–2013 .....	63
Tabela 11.	Necessidades identificadas de médicos estrangeiros .....	64

### **Anexo III**

Tabela 1.	Subsídios, suplementos e incentivos—situação actual e propostas .....	70
-----------	---	----

## **Anexo V**

Tabela 1.	Projeção da despesa total e anual para implementação do PNDRHS 2008–2015 .....	85
Tabela 2.	Evolução da percentagem da despesa por nível da carreira específica.....	88
Tabela 3.	Evolução do salário bruto médio estimado dos trabalhadores por tipo de carreira e nível 2006–2015.....	89
Tabela 4.	Projeção das despesas (Mil MTn) com B&S e de Capital no Sector Saúde entre 2008 e 2015 .....	90

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1.	Número de habitantes por RHS específicos da saúde, por província (30 Jun 07) .....	8
Figura 2.	Número de habitantes por médico, por província (30 Jun 07) .....	8
Figura 3.	Número de habitantes por enfermeiro, por província (30 Jun 07).....	8
Figura 4.	Distribuição percentual dos efectivos do SNS por níveis de formação, 2000/2006 .....	9
Figura 5.	Implementação do PNDRHS.....	38
Figura 6.	Implementação do PNRHP .....	39

## **Anexo II**

Figura 1.	Evolução do total de RHS e dos RHS específicos da saúde por 100 000 habitantes, 2006–2015.....	61
Figura 2.	Evolução do número de profissionais por 100 000 habitantes (pessoal médico, de saúde pública e medicina preventiva, de farmácia e de laboratório) 2006–2015 .....	62
Figura 3.	Evolução do número de profissionais por 100 000 habitantes (pessoal de enfermagem e de SMI) 2006–2015.....	62
Figura 4.	Distribuição percentual dos efectivos do SNS, por nível de formação, 2000-2006-2015 .....	63

## **Anexo V**

Figura 1.	Composição da despesa total PNDRHS 2008–2015.....	86
Figura 2.	Evolução das despesas em salários e remunerações 2008–15 nas carreiras específicas e gerais.....	87
Figura 3.	Evolução da despesa em salários e remunerações com profissões prioritárias dos ODMs e outras.....	87
Figura 4.	Evolução da despesa em salários e remunerações por nível nas carreiras específicas e gerais.....	88
Figura 5.	Percentagem da despesa total 2008–2015 em salários e remunerações por tipo de carreira e nível.....	89

## **LISTA DE CAIXAS**

Caixa 1.	Objectivos do PESS para o Desenvolvimento de RHS.....	14
Caixa 2.	Expansão da rede sanitária até 2025.....	16
Caixa 3.	Resultados esperados nos primeiros 36 meses do PNDRHS— Junho de 2008 a Junho de 2011 .....	42

# LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde	ISPU	Instituto Superior Pedagógico Universitário
ARV	Anti-Retroviral	MAP	Multicountry AIDS Program
AT	Assistência Técnica	MI	Mortalidade Infantil
CAP	Conhecimentos, Atitudes e Práticas	MAE	Ministério da Administração Estatal
CFC	Centro de Formação Contínua	MINED	Ministério da Educação
CFMP	Cenário Fiscal de Médio Prazo	MISAU	Ministério da Saúde
COE	Cuidados Obstétricos Essenciais	MM	Mortalidade Materna
DPRH	Direcções Provinciais de Recursos Humanos	MPF	Ministério do Plano e Finanças
CS	Centro de Saúde	MZM	Metical
CS UA	Centro de Saúde Urbano tipo A	NU	Nações Unidas
CS UB	Centro de Saúde Urbano tipo B	OC	Órgãos Centrais
CS UC	Centro de Saúde Urbano tipo C	ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
CS R I	Centro de Saúde Rural tipo I	OE	Orçamento do Estado
CS R II	Centro de Saúde Rural tipo II	OMS	Organização Mundial da Saúde
DAG	Direcção de Administração e Gestão	ONG	Organização Não Governamental
DDS	Direcção Distrital de Saúde	ORHS	Observatório de RHS
DFID	Department for International Development	PARPA	Programa de Acção para Redução da Pobreza Absoluta
DM	Diploma Ministerial	PEN	Plano Estratégico Nacional
DNS	Direcção Nacional de Saúde	PES	Plano Económico e Social
DNAM	Direcção Nacional da Assistência Médica	PESS	Plano Estratégico do Sector Saúde
DNPSCD	Direcção Nacional de Promoção da Saúde e Controlo das Doenças	PIS	Plano de Investimento de Saúde
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação	PNDRH	Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos
DPPF	Direcção Provincial de Plano e Finanças	PNB	Produto Nacional Bruto
DPRH	Direcção Provincial de Recursos Humanos	PNI	Programa Nacional Integrado
DPS	Direcção Provincial de Saúde	POA	Plano Operacional Anual
DRH	Direcção Recursos Humanos	RH	Recursos Humanos
DRH/DF	Departamento de Formação	RHS	Recursos Humanos da Saúde
EA	Estratégia Avançada	RSMF	Reforma salarial a médio prazo
FC	Formação Contínua	RSP	Reforma do Sector Público
HC	Hospital Central	SDS	Serviços distritais de saúde, mulher e acção social
HCB	Hospital central da Beira	SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
HCM	Hospital Central de Maputo	SIP	Sistema de Informação do Pessoal
HCN	Hospital Central de Nampula	SIS	Sistema de Informação de Saúde
HD	Hospital Distrital	SNS	Sistema Nacional de Saúde
HdD	Hospital de Dia	SR/COEM	Saúde Reprodutiva/Cuidados Obstétricos Essenciais Mínimos
HP	Hospital Provincial	SWAP	Sector Wide Approach
HR	Hospital Rural	TARV	Tratamento Anti-Retroviral
IF	Instituição de Formação	UA	Unidade de Atendimento
INE	Instituto Nacional de Estatística	US	Unidade Sanitária
INSS	Instituto Nacional de Segurança Social	USD	Dólar EUA
ISCISA	Instituto Superior de Ciências de Saúde	UTI	Unidade Técnica de Informática
ISCTEM	Instituto Superior de Ciências e Tecnologias de Moçambique	VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

# PREFÁCIO

Nos últimos anos Moçambique tem registado melhorias significativas dos seus indicadores de saúde com destaque para o aumento do acesso aos cuidados de saúde, diminuição da mortalidade materna, neonatal, e infantil, aumento da cobertura de imunizações e partos institucionais, redução da taxa de mortalidade por Malária, expansão do tratamento da Tuberculose e o aumento significativo de pessoas beneficiando de tratamento anti-retroviral. Para alcançar estas melhorias tem sido chave a acção do Ministério de Saúde, um ambiente nacional de estabilidade e crescimento económico, e, sobretudo, o trabalho silencioso, dedicado e permanente de milhares de trabalhadores de saúde em todo o país.

Os anos em que os nossos esforços estiveram dedicados quase exclusivamente a manter os serviços básicos abertos e em funcionamento pertencem ao passado. Neste momento, o Governo de Moçambique preocupa-se em providenciar serviços suficientes e de qualidade para todo o Povo. Nossa atenção está centrada agora na expansão, fortalecimento, e melhoramento do sistema de saúde do país, em particular do Serviço Nacional de Saúde.

A maior barreira que enfrentamos para alcançar este objectivo chave é o défice de trabalhadores de saúde. Isto significa que Moçambique carece não só de um número adequado de trabalhadores de saúde, mas além disso, a distribuição e as competências destes trabalhadores são desiguais.

O Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde foi desenvolvido para responder a este desafio. O Plano inclui uma série de acções coordenadas e sistemáticas para alargar a força de trabalho da saúde em Moçambique de 1,26 a 1,87 por 1 000 habitantes até 2015, incluindo uma melhoria significativa do sistema de formação inicial do Ministério de Saúde.

O plano é ambicioso mas realista. Ele é sobretudo essencial, pois Moçambique irá manter e melhorar seus progressos em saúde. Para que ele traga os benefícios ao nosso povo todos nós, o Governo, os parceiros, as comunidades e a sociedade em geral, temos que unir os nossos esforços e pôr este Plano em execução. Os desafios são enormes mas com o nosso saber a vitória será alcançada.

Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido  
Ministro de Saúde de Moçambique





# INTRODUÇÃO

---

Moçambique tem como documentos definidores das suas políticas de saúde e de recursos humanos, o Programa Quinquenal do Governo, o PARPA, a Política Nacional de Saúde e o Plano Estratégico para o Sector da Saúde (PESS). Nestes documentos identifica-se um forte compromisso para com a consecução dos objectivos de desenvolvimento do milénio (ODM).

A definição e regulamentação do funcionalismo público em geral, e das profissões específicas da saúde em particular, encontram-se detalhadas em leis, decretos-lei, portarias e despachos muito dispersos. Realça-se a diversidade de subsídios e suplementos em existência, mas muitas vezes não sendo efectivados na prática<sup>1</sup>.

## PARTE I—DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE PRIORIDADES

---

De uma forma breve, o diagnóstico de situação dos RHS de Moçambique resume-se, em linhas muito gerais, ao contemplado no tabela 1<sup>2</sup>.

### CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE RHS DE MOÇAMBIQUE

Tendo em conta a natureza dos desafios colocados pelos ODM, **identificam-se como competências prioritárias** as associadas à farmácia, ao laboratório, à imagiologia, à saúde pública, à cirurgia e profissões de apoio, aos cuidados obstétricos e pediátricos e competências clínicas generalistas (tabela 2).

Tendo em conta as deficiências de pessoal e a necessidade de os formar as competências associadas à docência são da maior importância.

Considerando o défice de profissionalismo na gestão do sector da saúde, não se podem deixar de dar prioridade também às competências na área de gestão.

Até agora o Serviço Nacional de Saúde deu como resposta a estas prioridades as profissões específicas legisladas identificadas no tabela 2. Existem no entanto grande número de profissões não específicas que vão também ao encontro das competências prioritárias (como os biólogos).

Com a descontinuação do nível profissional elementar desde 2005 (e do nível auxiliar a partir de 2012) existe a tendência para considerar a emergência de “profissões” como flebotomistas e atendentes. Com a epidemia do VIH têm emergido novas “profissões” (visitantes e

---

<sup>1</sup> Este diagnóstico de situação encontra-se mais detalhado em “Recursos Humanos da Saúde em Moçambique. Ponto de Situação”.

<sup>2</sup> Este diagnóstico de situação encontra-se mais detalhado em “Recursos Humanos da Saúde em Moçambique. Ponto de Situação”.

conselheiros). Por outro lado existem profissões que na prática foram descontinuadas (como as de assistência social)<sup>3</sup>.

Um aspecto exemplar do sistema de RHS em Moçambique é o sistema racional de produção de RHS através de uma **boa articulação entre o sistema de formação (dependente do MISAU e do MINED) e a principal entidade empregadora**—o Estado.

Embora tradicionalmente as actividades assistenciais estejam identificadas em quatro níveis de cuidados (primário, secundário, terciário e quaternário), na realidade existem **8 níveis de complexidade das actividades assistenciais**. Estas devem ser reconhecidas para garantir a adequação do perfil do trabalhador que deve funcionar a cada nível (tabela 3).

**Tabela 1. Diagnóstico da situação dos RHS em Moçambique**

	Comentários
<b>I—Contexto</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Momento político de mudança</li> <li>• Existência de documentos e valores orientadores</li> <li>• Desenvolvimento demográfico, económico e social</li> <li>• Reforma do sector público</li> <li>• Perfil epidemiológico e ODM (malária, TB, SIDA, MM e MI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Governo politicamente forte e estável—oportunidade para tomar decisões impopulares.</li> <li>• Compromisso para equidade de acesso—oportunidade para um compromisso para com a correcção de desigualdades.</li> <li>• Crescimento económico—oportunidade para maior investimentos no sector social, para reduzir a dependência externa e para reduzir a pobreza.</li> <li>• Momentos de mudança—RSP—oportunidade, ameaças</li> <li>• SIDA—ameaça à capacidade de resposta do SNS</li> <li>• ODM—oportunidade de concentrar atenções em prioridades estratégicas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependência de fundos externos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ameaça e oportunidade</li> </ul>
<b>II –Mercado de trabalho</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissões da saúde</li> <li>• Entidades empregadoras <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sector público</li> <li>– Sector privado com fins lucrativos</li> <li>– Sector privado sem fins lucrativos</li> <li>– Globalização do mercado do trabalho</li> </ul> </li> <li>• Órgãos reguladores</li> <li>• Produção de RHS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profissões prioritárias em grande escassez—ameaça</li> <li>• Grandes desigualdades na distribuição dos profissionais—ameaça</li> <li>• Papel regulador do MISAU em clarificação e evolução—oportunidade</li> <li>• Diferenciação do SNS—oportunidade</li> <li>• Mercado de trabalho dominado pelo SNS—oportunidade visto que favorece a responsabilização do governo pela saúde das populações e pelo acesso aos cuidados de saúde. Ameaça na medida em que a falta de recursos leva a mecanismos promíscuos de sobrevivência institucional e pessoal.</li> <li>• Sector privado em crescimento—oportunidade de contratualização para a causa pública, mas a desregulação é uma ameaça</li> <li>• Emergência de ordens profissionais—oportunidade</li> <li>• Capacidade de produção de RHS limitada e de qualidade variável—ameaça</li> </ul>

<sup>3</sup> Necessitaria a revisão da resolução nº3/94 de 14 de Março que define o conteúdo de trabalho dos técnicos de acção social.

Comentários	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expansão não programada da força de trabalho menos diferenciada—ameaça, embora nas zonas rurais se venha a observar uma evolução paulatina para um quadro técnico melhor preparado como é a ESMI de nível básico na expectativa de substituir a Parteira Elementar</li> </ul>
<b>III –Administração e gestão dos rh no sector público</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeamento estratégico dos recursos humanos da saúde—ameaça</li> <li>• Administração e estruturas administrativas—ameaça</li> <li>• Estrutura das carreiras, promoções e oportunidades—ameaça</li> <li>• Recrutamento e contratação</li> <li>• Colocação e transferências</li> <li>• Sistemas de avaliação do pessoal</li> <li>• Desenvolvimento profissional continuado</li> <li>• Garantia de qualidade</li> <li>• Incentivos (para redistribuição, retenção e produtividade)</li> <li>• Condições de trabalho</li> <li>• Sistema de informação do pessoal</li> <li>• Gestão e processamento de salários</li> <li>• Gestão do absentismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descentralização sem definição clara (?) da responsabilidade da administração ou gestão directa pelos: <ul style="list-style-type: none"> <li>– MISAU</li> <li>– governos provinciais</li> <li>– municípios</li> <li>– administrações distritais</li> </ul> </li> <li>• Não articulação de documentos estratégicos—ameaça</li> <li>• Condições de trabalho deficientes—ameaça</li> <li>• Baixa assiduidade e baixa qualidade da produção—ameaça</li> <li>• Competências limitadas em gestão e administração em geral e dos RHS em particular—ameaça</li> <li>• Descentralização do SIS sem articulação central—ameaça</li> <li>• Qualidade limitada do SIS—ameaça</li> </ul>
<b>IV –Áreas de observação</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorização do mercado de trabalho</li> <li>• Indicadores de desigualdades</li> <li>• Indicadores de desempenho</li> <li>• Estratégias pessoais de compensação (pequena corrupção)</li> <li>• Violência no local de trabalho</li> <li>• Satisfação profissional</li> <li>• Satisfação dos utentes</li> <li>• Mudanças do quadro de regulação</li> <li>• Mobilidade do pessoal (incluindo migrações), etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Função observatório de RHS não realizada—ameaça</li> </ul>

Tabela 2. Profissões legisladas consideradas prioritárias

Áreas	Profissões/Categorias profissionais	Última formação em
<b>Farmácia</b>	Farmacêutico	
	Técnico de farmácia especializado (N médio)	
	Técnico de farmácia (N médio)	
	Agente de farmácia	2012
	Auxiliar de farmácia	2005
<b>Medicina</b>	Médico generalista	
	Médico de medicina interna	
	Técnico de medicina B	
	Técnico de medicina especializado (N médio)	
	Técnico de medicina (N médio)	
	Agentes de medicina	2012
<b>Laboratório</b>	Técnico de laboratório A	
	Técnico de laboratório B	
	Técnico de laboratório especializado (N médio)	
	Técnico de laboratório C	
	Técnico de laboratório D	
	Microscopista	Antes de 2005
<b>Saúde Pública/ Medicina preventiva</b>	Médico Especialista em Saúde Pública	
	Técnicos de medicina preventiva especializado (N médio)	
	Técnico de Medicina Preventiva	
	Agentes de Medicina Preventiva	2012
<b>Enfermagem</b>	Enfermeiro A (Licenciado)	
	Enfermeiro B (Bacharel)	
	Enfermeiro Geral especializado (N médio)	
	Enfermeiro Geral (Médio)	
	Enfermeiro básico	2012
	Enfermeiro elementar	2005
<b>SMI</b>	Médico obstetra	
	Médico pediatra	
	Enfermeira de SMI especializada (N médio)	
	Enfermeira parteira	Remanescente do tempo colonial. A extinguir quando as posições vagarem.
	Enfermeira de SM I—C (N médio)	
	Enfermeira SMI (nível básico)	2012
	Parteira elementar	2005
<b>Instrumentista</b>	Técnico de instrumentação especializado (N médio)	
	Técnico de instrumentação	

Áreas	Profissões/Categorias profissionais	Última formação em
<b>Anestesiologia</b>	Médico Anestesiista	
	Técnico de Anestesiologia especializado (N médio)	
	Técnico de Anestesiologia (N médio)	
<b>Cirurgia</b>	Médico Cirurgião	
	Técnico de Cirurgia especializado (N médio)	
	Técnico de Cirurgia	
<b>Gestão</b>	Técnico de administração hospitalar A	
	Técnico de administração hospitalar B	
	Técnico de administração hospitalar especializado (N médio)	
	Técnico de administração hospitalar (N médio)	
	Agente de administração hospitalar	2012

**Tabela 3. Níveis de actividades assistenciais existentes**

Níveis de actividades	Base institucional	População abrangida	RHS tipo	Comentários
Base comunitária	Centro de saúde rural (tipo II ou III, ex-postos de saúde)	500 pessoas	1 APE	O favorecimento tem sofrido Zig (favorecimento)-zags (desfavorecimento). De momento, em certa medida devido ao SIDA, está-se numa fase Zig. Tem-se concentrado na esfera preventiva e de saúde pública como, por exemplo, desenvolvimento de projectos de saneamento. Dever-se-ia repensar a integração no sistema de serviços de saúde tendo em conta o novo contexto epidemiológico, os novos actores no sistema de serviços de saúde e o processo de descentralização.
Estratégia avançada	Apoiando-se nos centros de saúde	7 500–20 000	1 Servente e técnicos básicos das carreiras específicas (vacina, SMI, saúde oral, saúde escolar, nutrição, etc.)	Pouco estruturada e mal delineada como opção de aumentar o acesso e cobertura nas zonas rurais. Deveria receber grande atenção na estratégia de saúde. Essencialmente rural, Inclui brigadas móveis e dias mensais de saúde por cada distrito
Primeiro contacto com o SNS	Centros de saúde	16 000–100 000	3–5 serventes, 1 administrativo e 9 a 10 técnicos das carreiras específicas	Tipologia e equipa mínima estão definidas em legislação (1).

Níveis de actividades	Base institucional	População abrangida	RHS tipo	Comentários
1º nível de referência para os CS	Hospitais distritais	50 000–250 000 (1)	8–10 serventes, 2–3 administrativos e 22–29 técnicos das carreiras específicas (1)	Tem o apoio de médicos generalistas. Só se faz pequena cirurgia. Serviços de urgência 24 horas. Estes hospitais devem ter laboratório e radiologia. Pensar em harmonizá-los com os hospitais gerais e rurais.
	Hospitais gerais e rurais	150 000–900 000 (1)	39 administrativos, 137 técnicos das carreiras específicas de saúde (inclui 9 médicos).	Já se encontram médicos especialistas. Já com capacidade cirúrgica, incluindo para emergências obstétricas. Tem equipamento radiológico.
1º nível de referência hospitalar	Hospitais provinciais	800 000–2 000 000 (1)	A DNAM estabelece o quadro de pessoal (2)	Carga tipo não está formalmente definida.
2º nível de referência hospitalar	Hospitais centrais	variável	(2)	Carga tipo não está formalmente definida.
Hospitais especializados	Hospitais psiquiátricos	variável	variável	Carga tipo não está formalmente definida.

Notas: (1) Diploma ministerial 127/2002; (2) Direcção Nacional de Assistência Médica. Critérios de definição do quadro de pessoal para os Hospitais 2007–2010.; no caso do diploma 127/2002 foram usados as indicações para equipas mínimas e no caso do documento da Direcção Nacional de Assistência Médica as equipas são “quadro de pessoal satisfatório”.

Ao nível distrital, a cinzento na tabela 3, a equipa de saúde diferencia-se em duas sub-equipas complementares: a que tem uma base institucional de trabalho, nos hospitais e centros de saúde, consistindo em médicos e técnicos de saúde, e na equipa que presta cuidados de base populacional (equipa da estratégia avançada) e comunitária. A actual Política Nacional de Saúde aposta na valorização deste segundo eixo, sem descurar a abordagem institucional mais curativa, mas não sistematizando de forma clara as opções estratégicas para a implementação desta vertente de base populacional—a **estratégia avançada** (brigadas móveis, evacuação de doentes de acordo com uma rede de referência, dias mensais da saúde, mecanismos de comunicação...).

## DADOS SOBRE RHS

Em Moçambique existe um **défice comparativo** de RHS (tabela 4).

**Tabela 4. Dados comparativos para alguns indicadores de recursos humanos da saúde, 2004**

	Médicos/ 1000 hab.	Enfermeiros/ 1000 hab.	Parteiras/ 1000 hab.	Pessoal de farmácia/ 1000 hab.
<b>Moçambique</b>	0,03	0,21	0,12	0,03
<b>Malawi</b>	0,02	0,59	—	—
<b>Zâmbia</b>	0,12	1,74	0,27	0,10
<b>Zimbabué</b>	0,16	0,72	—	0,07
<b>Botsuana</b>	0,40	2,65	—	0,19
<b>África do Sul</b>	0,77	4,08	—	0,28

Fonte: OMS, Relatório Anual, 2006

Existe também um défice de RHS quando comparadas as expectativas associadas às normativas em vigor e à realidade observada (tabela 5).

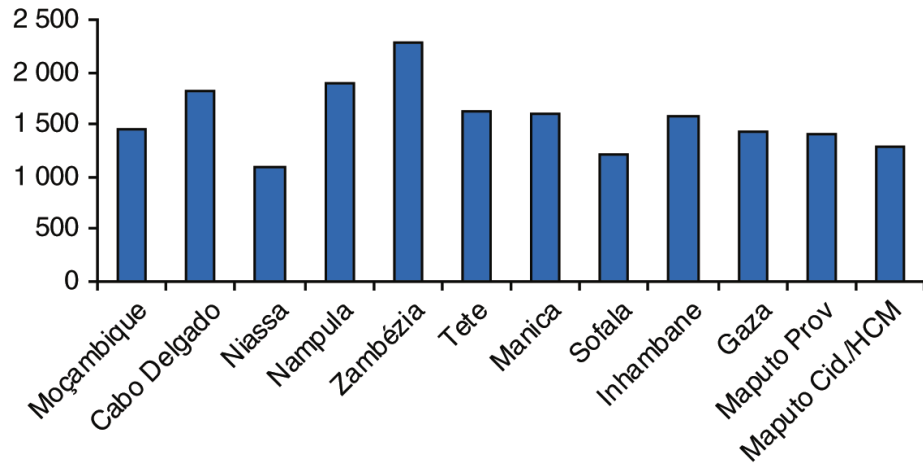
**Tabela 5. Diferença entre as expectativas da dimensão da força de trabalho do SNS e a realidade observada—2006**

Profissões	Pessoal de acordo com o SIP 2006	Necessidades 2006*	Diferença
<b>A. Prioritárias ODMs</b>	<b>11 811</b>	<b>12 340</b>	<b>529</b>
Farmácia	849	909	60
Medicina	1 881	1 791	90
Laboratório	809	1 202	393
Saúde Pública /Medicina Preventiva	820	337	483
Enfermagem	4 282	4 733	451
Obstetrícia e enfermagem de SMI	2 879	2 295	584
Instrumentista	132	389	257
Anestesiologia	103	408	305
Cirurgia	56	275	219
<b>B. Outras</b>	<b>13 872</b>	<b>18 485</b>	<b>4 613</b>
<b>TOTAL</b>	<b>25 683</b>	<b>30 825</b>	<b>5 142</b>

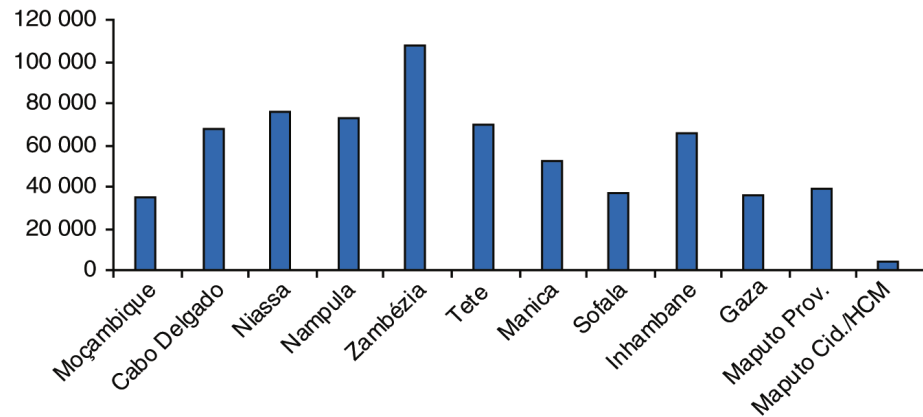
\*Calculadas com base nas equipas mínimas definidas (decreto 127/2002 e DNAM)

Apesar do esforço do MISAU para corrigir as assimetrias regionais, constituídas pelo rácio de habitantes por médico e habitantes por técnico nos critérios de colocação dos profissionais, subsistem as assimetrias patentes nas figuras 1 a 3. Isto poder-se-á dever, entre outros motivos à falta absoluta de recursos, às dificuldades de retenção, deficiências da rede sanitária já existente e à indefinição dos quadros de pessoal.

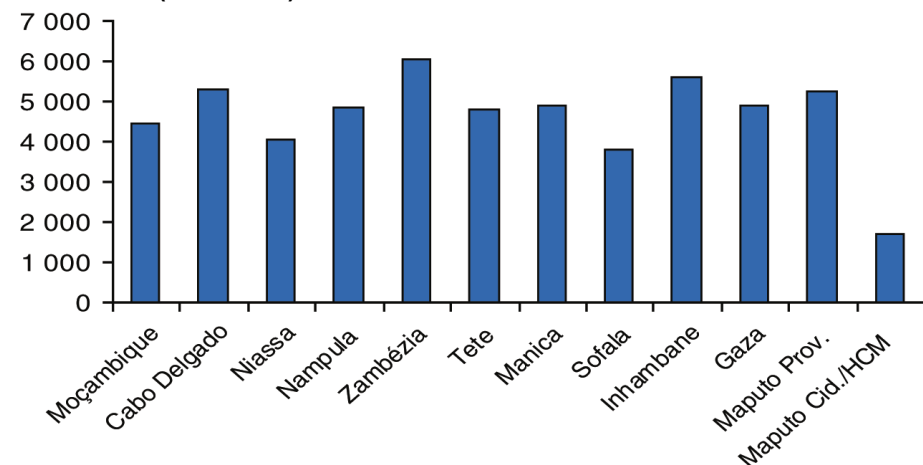
**Figura 1. Número de habitantes por RHS específicos da saúde, por província (30 Jun 07)**



**Figura 2. Número de habitantes por médico, por província (30 Jun 07)**



**Figura 3. Número de habitantes por enfermeiro, por província (30 Jun 07)**

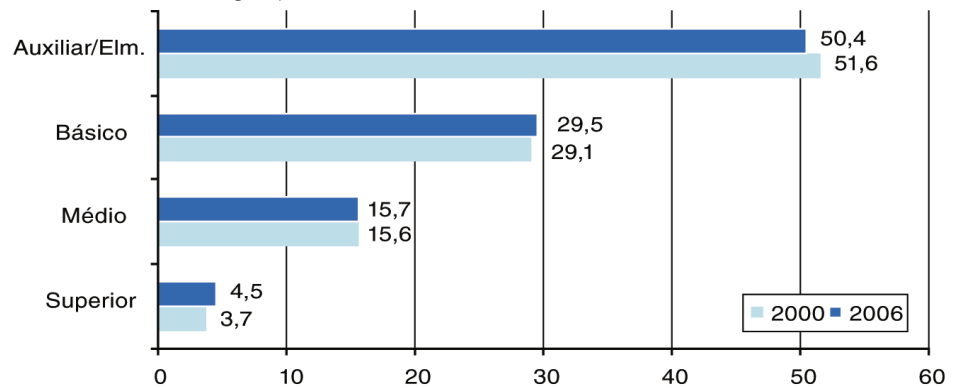


Este défice varia entre as províncias (figura 1) (para todos os RHS é mais marcante na Zambézia, Nampula, Cabo Delgado e Tete, por ordem decrescente de grandeza) sendo as desigualdades mais marcantes para médicos (figura 2) (com o défice mais marcante, por ordem decrescente de grandeza, na Zambézia, Niassa, Nampula e Cabo Delgado) do que para enfermeiros (figura 3) (sendo o défice mais marcante, por ordem decrescente de grandeza, na Zambézia, Inhambane, Cabo Delgado e Maputo Província).



A distribuição relativa de todo o pessoal por nível de formação (do nível superior ao elementar) entre as províncias aponta para um **défice relativo de pessoal médio e superior** (figura 4), mais marcada, por ordem decrescente, em Manica, Zambézia e Niassa, seguidas de Tete e Cabo Delgado e então Nampula. Para as profissões específicas da saúde os maiores défices são, por ordem decrescente, em Manica, Nampula, Tete e Niassa.

**Figura 4. Distribuição percentual dos efectivos do SNS por níveis de formação, 2000/2006**



Se considerarmos a distribuição das profissões consideradas detentoras de competências prioritárias por província verificamos, comparando a distribuição relativamente à mediana nacional de habitantes por profissional para cada categoria, que por ordem decrescente, as **províncias mais deficitárias nas competências essenciais** são: Zambézia, Cabo Delgado e Nampula, Manica, Inhambane, Tete, Gaza, Sofala, Maputo Província, Niassa, Maputo cidade (tabela 6).

A força de trabalho sem funções clínicas tem crescido mais rapidamente do que a força de trabalho com funções clínicas (tabela 7).

**Tabela 6. Número de habitantes por áreas profissionais consideradas prioritárias: distribuição a nível nacional e por províncias (30 de Junho de 2007)**

Áreas profissionais	Total	Niassa	Cabo Delgado	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Prov.	Maputo Cidade
Farmácia	<b>20 867,6</b>	10 450,3	29 538,3	32 723,3	44 093,0	16 257,7	20 295,9	15 455,5	27 250,6	30 958,5	<b>20 349,0</b>	14 449,6
Medicina	<b>9 988,6</b>	6 066,0	11 856,9	15 445,4	14 642,2	13 735,0	11 573,7	7 979,3	<b>10 778,2</b>	6 517,6	9 006,9	9 633,1
Laboratório	<b>22 381,1</b>	<b>23 455,2</b>	36 601,8	36 774,7	38 801,8	20 426,4	28 008,3	15 455,5	23 294,9	25 701,4	19 278,0	14 287,3
Saúde Pública/ Medicina Preventiva	<b>23 820,8</b>	21 989,2	17 911,5	32 448,3	35 274,4	28 968,3	24 145,1	21 179,7	23 676,8	<b>23 485,8</b>	13 400,6	17 660,7
Enfermagem	<b>4 409,4</b>	4 075,2	5 311,3	4 844,9	6 034,5	4 799,0	<b>4 896,6</b>	3 778,8	5 619,8	4 899,9	5 232,6	4 430,6
Obstetrícia e enfermagem de SMI	<b>6 439,1</b>	3 909,2	8 094,6	7 738,2	10 718,7	7 342,2	5 669,7	5 262,4	5 176,6	6 612,5	<b>5 907,8</b>	5 886,9
Instrumentista	<b>149 755,8</b>	<b>150 783,1</b>	187 075,7	386 134,7	242 511,5	99 578,6	700 207,5	95 308,7	111 098,6	136 217,4	366 282,0	141 285,4
Anestesiologia	<b>205 725,2</b>	211 096,4	420 920,3	551 621,0	431 131,6	227 608,3	700 207,5	171 555,7	481 427,3	97 298,1	<b>366 282,0</b>	141 285,4
Cirurgia	<b>351 151,6</b>	1 055 482,0	336 736,2	3 861 347,0	485 023,0	531 086,0	<b>466 805,0</b>	343 111,4	288 856,4	272 434,8	549 423,0	158 946,1
Gestão	61 161,5	35 182,7	52 615,0	85 807,7	114 123,1	54 939,9	73 706,1	85 777,9	68 775,3	64 865,4	49 947,5	<b>66 924,7</b>

Nota: As células a cinzento carregado indicam o valor da mediana; a azul (cinzento claro) indicam os valores acima da mediana. Para cada área profissional ver as categorias profissionais incluídas no tabela 2.

Tabela 7. Distribuição dos RHS por tipo de funções e nível de formação 2000 e 2006

Nível de formação		2000	2006	Variação%
Universitário	Licenciatura médica	436	606	39,0
	Outra	140	537	283,6
	Sub-total	576	1 143	98,4
Médio	Com funções clínicas	2 132	3 115	46,1
	Outras	357	919	157,4
	Sub-total	2 489	4 034	62,1
Básico	Com funções clínicas	4 128	6 642	60,9
	Outras	523	942	80,1
	Sub-total	4 651	7 584	63,1
Elementar	Com funções clínicas	1 628	2 090	28,4
	Outras	582	1 007	73,0
	Sub-total	2 210	3 097	40,1
Outro	Trabalhadores auxiliares	1 631	2 090	28,1
	Serventes	5 003	8 987	79,6
	Sub-total	6 634	11 027	66,2

Fonte: MISAU/DRH SIP

Isto é, existe um **défi ce relativo do pessoal assistencial**, que se encontra **mal distribuído entre níveis de cuidados**.

A pouca informação que foi possível analisar para a Província do Niassa, reflecte grandes desigualdades entre os seus 15 distritos, não havendo informação disponível sobre desigualdades entre os distritos das outras províncias.

Em termos de desempenho, as opiniões são contraditórias em relação à produtividade que, a par do problema da qualidade, não está adequadamente aferida.

Transparece a grande insatisfação dos trabalhadores da saúde e falta de confiança na capacidade da entidade empregadora para corrigir os problemas do sistema de serviços de saúde. De entre estes problemas os trabalhadores e gestores destacam as deficientes condições de trabalho, a falta de biossegurança, a não implementação das carreiras, uma política de incentivos inadequada às diversas realidades do país, a não execução da política de incentivos vigente, o défi ce de pessoal, a falta de acesso à formação contínua, a morosidade na tramitação dos documentos do pessoal, a inadequação do SIP, a inexistência de uma liderança forte no sector, a falta de acesso à actividade privada fora dos grandes centros urbanos e às desigualdades entre províncias e distritos.

Das entrevistas com gestores do SNS a nível central e provincial emergiu o seguinte:

- Percepção de más condições de trabalho e de salários inadequados.
- Percepção da não selecção dos quadros dos locais remotos para formação.

- Falta de incentivos para retenção dos quadros nas regiões remotas.
- Incentivos que vão para além dos incentivos financeiros e/ou materiais.
- Inexistências de formas descentralizadas de atribuição de incentivos.
- Percepção de que as províncias são órgãos executores de políticas nacionais, definidas centralmente.
- Formação contínua divorciada da progressão na carreira profissional.
- Dúvidas em relação à consequência das formações para mudar os comportamentos dos profissionais e melhorar a qualidade.
- Indefinição das prioridades e responsabilidades pela formação num sistema descentralizado.
- Abordagem da FC não integrada e dando principalmente resposta às diferentes áreas de necessidades de formação como percepcionadas pelos Programas Nacionais.
- Falta de competências nas áreas de administração e gestão sanitária a nível periférico.
- Modelo de recrutamento e admissão no aparelho do Estado pouco célere.
- Inadequação dos circuitos de informação entre as DPS e os níveis periféricos.
- Inadequação dos circuitos de comunicação entre os níveis centrais e a periferia (ex. actualização atempada em relação a novas normas legais ou novos procedimentos ou directrizes).

Dos utentes, as maiores queixas referem-se aos tempos de espera, à falta de biossegurança, às más condições das infra-estruturas de saúde, à falta e/ou custos dos medicamentos e à falta de transportes para as unidades de saúde. Embora não tenha sido mencionada nos grupos focais com utentes, a pequena corrupção no sector da saúde está bem documentada.

## **PRESSUPOSTOS E RISCOS**

Com base neste diagnóstico considera-se que o PNDRH deverá considerar como prováveis, ou pelo menos possíveis, os pressupostos e riscos que a seguir se identificam (tabela 8).

Tabela 8. Pressupostos e riscos a considerar no PNDRH

Pressupostos	Riscos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidação do regime de democracia representativa.</li> <li>• Crescimento económico contínuo e acelerado.</li> <li>• Disponibilidade ininterrupta de recursos a vários níveis.</li> <li>• Continuidade da descentralização para as províncias, distritos e municípios.</li> <li>• Progressiva diferenciação do serviço nacional de saúde no sistema de serviços de saúde.</li> <li>• Clarificação e regulamentação das funções atribuídas aos diferentes níveis de governação, gestão e administração do sistema de serviços de saúde.</li> <li>• Reconhecimento dos efeitos e exigências do VIH/SIDA na força de trabalho da Saúde.</li> <li>• Expansão ou reclassificação das unidades de saúde – centros de saúde rural tipo II e da rede hospitalar distrital e municipal, com diminuição progressiva dos postos de saúde - para garantir melhor distribuição geográfica e melhor acessibilidade.</li> <li>• Com melhor reconhecimento, segurança, incentivos à produção, formação e uma gestão mais eficiente e efectiva os trabalhadores irão aumentar o volume e qualidade dos serviços prestados.</li> <li>• Coexistência com e a expansão da medicina privada e outros serviços privados, lucrativos e não lucrativos.</li> <li>• Aumento do número e diferenciação dos RHS com um aumento relativo do volume da massa salarial em excesso (devido à qualificação dos quadros da saúde) do aumento relativo do orçamento da saúde.</li> <li>• Progressiva diminuição do número de trabalhadores menos diferenciados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrandamento do crescimento macroeconómico e redução da alocação de fundos do governo ao sector.</li> <li>• Interrupção do apoio das agências internacionais resultante de mudanças de suas políticas ou devido a instabilidade económica.</li> <li>• Processos eleitorais como um potencial para a instabilidade política.</li> <li>• Favoritismos, conflitos e falta de continuidade associados a ciclos eleitorais nos órgãos de governação aos três níveis.</li> <li>• Aumento nos desafios relacionados com planificação e orçamentação e gestão de recursos financeiros.</li> <li>• Persistência de condições de trabalho inadequadas para os funcionários levando à desmotivação.</li> <li>• Ocorrência de emergências resultantes de calamidades, epidemias, o que leva a um desvio de aplicação dos fundos anteriormente previstos.</li> <li>• Atrasos no processo de descentralização.</li> <li>• Falta de entusiasmo pela descentralização para os municípios.</li> <li>• Atrasos no estabelecimento de mecanismos de coordenação entre unidades descentralizadas.</li> <li>• Aumento das pressões sobre o orçamento ligado à expansão da rede sanitária.</li> <li>• Aumento das pressões sobre o orçamento ligado ao aumento da produção de serviços.</li> <li>• Aumento relativo do volume da massa salarial em excesso (devido à qualificação dos quadros da saúde) e do aumento relativo do orçamento da saúde.</li> <li>• Captação pelo sector privado de RHS do SNS.</li> </ul>

## PRIORIDADES NACIONAIS E CONTINUIDADE

Este PNDRHS deverá também contemplar as prioridades nacionais identificadas na Política Nacional de Saúde e no actual Plano Estratégico para o Sector da Saúde (caixa 1) e dar continuidade aos anteriores PDRH (1992–2002, 2001–2010, 2006–2010).

**Caixa 1. Objectivos do PESS para o Desenvolvimento de RHS**

4.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Redução da taxa de mortalidade materna:  <b>Estratégias:</b> Redefinição da “equipa mínima” para SR/COEm e “pacote mínimo de cuidados” para cada nível de prestação de serviços.</p>
16.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Desenvolver acções tendentes à mobilização e ao envolvimento das comunidades na promoção e defesa da sua própria Saúde:  <b>Estratégias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Definir o perfil dos trabalhadores comunitários</li> <li>● Revitalizar o programa nacional dos APES</li> </ul>
30.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Melhorar e continuar a expandir a rede sanitária para junto das comunidades, aumentando a extensão da cobertura:  <b>Estratégias:</b> Desenvolver e estimar os custos de um Plano Nacional Integrado de Desenvolvimento da Rede Sanitária, Infra-estrutura, Equipamento e RH</p>
31.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Manutenção e desenvolvimento da rede de referência de acordo com as disposições do Diploma Ministerial nº 127/2002, de 31 de Julho, que, contudo, deverá ser actualizado, até fim de Julho de 2008:  <b>Estratégias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Revisão adequada de profissionais para cada um dos níveis</li> </ul>
32.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Melhorar a Qualidade dos Cuidados de Saúde prestados, devendo-se para isso, utilizando as experiências já existentes em algumas províncias, desenvolver, até final de 2007, mecanismos de quantificação das melhorias qualitativas, que as permitam monitorizar e avaliar:  <b>Estratégias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Formar o pessoal para uso dos protocolos terapêuticos</li> </ul>
39.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Melhorar a capacidade de gestão dos recursos em todas as US:  <b>Estratégias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Desenvolver uma estratégia de capacitação em gestão para o pessoal sénior e quadros médios</li> <li>● Implementar as Reformas do Sector Público no sector saúde</li> </ul>
45.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Promover o desenvolvimento em moldes científicos das práticas de Medicina Tradicional e o desenvolvimento e colaboração com os praticantes da Medicina Tradicional (PMT):  <b>Estratégias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Avaliar o papel da Medicina Tradicional no País</li> <li>● Estabelecer mecanismos de colaboração entre o MISAU e os PMT</li> <li>● Desenvolver a política e legislação para orientar a prática da Medicina Tradicional e proteger a Propriedade Intelectual e Direitos dos PMT</li> </ul>
56.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Avaliar, até final de 2007, o actual sistema de carreiras profissionais e de formação, estabelecido pelo Decreto nº 25/76, de 19 de Junho e com as disposições complementares à carreira de Enfermagem de Saúde Materno-Infantil e, em função dos resultados aprovar as medidas que forem recomendadas:  <b>Estratégias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Rever a implementação do Decreto Nº 25/76, de 19 de Junho</li> <li>● Rever e actualizar a descrição de tarefas dos profissionais de saúde em todos os níveis do sistema de saúde</li> </ul>
57.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Fazer aprovar PDRH no âmbito de um exercício mais alargado de Planificação de Saúde, que tenha em conta o Desenvolvimento da Rede Sanitária e a progressão do Orçamento da Saúde, de modo a assegurar a dotação em RHS de todas as US em conformidade com as disposições do Diploma Ministerial 127/2002 e a reduzir a formação de RHS de nível básico, incentivando a promoção de básicos a médios, para esse efeito, incrementando os respectivos cursos de promoção:  <b>Estratégias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Submeter o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos para considerações e aprovação</li> <li>● Intensificar os programas de formação em pós-graduação em Moçambique como no exterior</li> <li>● Rever os actuais curricula para formação de profissionais de saúde e as competências necessárias para o sector saúde</li> <li>● Aumentar a colaboração com as instituições que formam profissionais de saúde</li> </ul>

58.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Intensificar a formação de RHS, sobretudo aos níveis médio e superior, para permitir a expansão da rede de prestação de Cuidados de Saúde, reduzir o número médio de habitantes por médico, por enfermeiro e por outros profissionais de Saúde de modo a aumentar o nível de qualificação técnica da força de trabalho:</p> <p><b>Estratégias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o número de instituições de formação e os resultados em termos de RHS (em conformidade com as metas do PDRH e do Plano de Formação Acelerada)</li> <li>• Rever o pessoal de saúde necessário em cada nível do sistema de saúde</li> <li>• Rever os currícula de formação para os profissionais de saúde e melhorar a qualidade de formação</li> <li>• Estabelecer uma base de dados para todos os formadores do sector</li> </ul>
59.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Intensificar os programas de pós-graduação, tanto no país como no exterior:</p> <p><b>Estratégias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborar com instituições do exterior para a formação em pós-graduação</li> <li>• Estabelecer unidades sanitárias adicionais com capacidade para formação em pós-graduação</li> </ul>
60.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Desenvolver os programas de formação contínua, formação à distância e formação prática:</p> <p><b>Estratégias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar uma avaliação das necessidades de formação contínua</li> <li>• Desenvolver um Plano Nacional Integrado para a formação contínua</li> <li>• Em conformidade com o decreto 64/98 de 3 de Dezembro, estabelecer o sistema de créditos para o contínuo desenvolvimento profissional dos trabalhadores de saúde</li> </ul>
61.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Melhoria da gestão de Recursos Humanos, a todos os níveis, de modo a permitir uma mais racional utilização dos Recursos Humanos disponíveis e a melhoria da motivação e da produtividade no trabalho dos profissionais de Saúde:</p> <p><b>Estratégias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver e implementar um sistema de avaliação do desempenho da gestão</li> <li>• Rever os conteúdos do trabalho e a descrição de tarefas do pessoal</li> <li>• Introduzir um sistema integrado de gestão de recursos humanos</li> <li>• Descentralizar a gestão de recursos humanos</li> </ul>
62.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Melhoria da produtividade no trabalho dos profissionais e outros trabalhadores de Saúde:</p> <p><b>Estratégias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver critérios para determinar a produtividade dos trabalhadores de saúde</li> <li>• Estabelecer um sistema de monitoria para a produtividade dos trabalhadores de saúde</li> </ul>
63.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Desenvolver uma política salarial para os RHS, baseada no mérito, na competência e no comportamento profissionais:</p> <p><b>Estratégias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encomendar um estudo para rever as condições de trabalho dos profissionais de saúde e implemente as recomendações</li> <li>• Desenvolver e implemente a estratégia de incentivos para os trabalhadores de saúde</li> <li>• Desenvolver um programa de desenvolvimento profissional para os trabalhadores de saúde</li> </ul>
64.	<p><b>Objectivo Geral:</b> Rever as carreiras profissionais e o sistema de formação em conformidade com o Decreto nº 25/76, de 19 de Junho e implementar as recomendações até 2008.</p>

Estes objectivos são uma destilação dos 8 objectivos gerais e dos 51 objectivos específicos para os RHS apresentados na *Política Nacional de Saúde*.

## VERTENTES ESTRATÉGICAS PRIORITÁRIAS

Com base nesta análise de situação este PNDRH identifica quatro vertentes estratégicas para um salto qualitativo e quantitativo dos RH do sistema de serviços de saúde, identificadas e caracterizadas em quatro pacotes contemplados na segunda parte:

1. Organização dos serviços e quadro normativo;
2. Capacidade de gestão aos diferentes níveis;
3. Distribuição, motivação e retenção dos RHS;
4. Capacidade da rede de produção inicial e de formação contínua.



## PARTE II—ESTRATÉGIAS, ACTIVIDADES CUSTOS E METAS

O resumo da análise de situação, os objectivos, estratégias, actividades, custos e metas são descritos para cada uma das quatro vertentes estratégicas descritas anteriormente, **com as finalidades de garantir,**

- até 2015, um salto qualitativo no sistema de serviços de saúde moçambicano, associado a melhorias significativas no sistema de formação do Ministério da Saúde e da sua capacidade de gestão (só esta finalidade é contemplada neste documento),
- seguido, até 2025, de uma expansão rápida e acelerada de todos os recursos profissionais de nível médio e superior, associada a uma expansão da rede sanitária, como descrita na caixa 2 e tabela 9.

### Caixa 2. Expansão da rede sanitária até 2025<sup>4</sup>

- 1 CS Rural (Tipo 2) para cada 10 000 habitantes (existe um défice aproximado deste tipo de estruturas de 750), o qual deve estar equipado com: 1 servente; 1 agente de medicina; 1 enfermeira de SMI.)
- 1 hospital distrital (HD), em cada distrito, com cirurgia (duas salas).
- 1 hospital geral em cada cidade.
- Manter o mesmo número de hospitais provinciais e centrais, melhorando o seu desempenho. Em relação ao número de *Hospitais centrais e provinciais* foi ainda considerado, por indicação da DRH, por já estar em processo de concretização, mais um hospital provincial (Matola), e mais um hospital central (Quelimane).

### Tabela 9. Expansão da rede sanitária até 2025<sup>5</sup>

Tipo de Unidades Sanitárias	Total para 2025
Hospital Central	4
Hospital Provincial	8
Hospital Psiquiátrico	2
Hospital Geral	12
Hospital Rural	32
Hospital Distrital com cirurgia	87
Centro de Saúde urbano A	23
Centro de Saúde urbano A/Mat	19
Centro de Saúde urbano B	21
Centro de Saúde urbano B/Mat	9
Centro de Saúde urbano C	48
Centro de Saúde urbano C/Mat	22
Centro de Saúde Rural I	125
Centro de Saúde Rural II	1 341
<b>Total</b>	<b>1 753</b>

<sup>4</sup> Como definida por sua Excelência Professor Ivo Garrido, Ministro da Saúde de Moçambique (Setembro de 2007).

<sup>5</sup> Como definida por sua Excelência Professor Ivo Garrido, Ministro da Saúde de Moçambique (Setembro de 2007).



Os objectivos específicos de cada vertente estratégica deverão estar orientados para a consecução de objectivos mais globais, nomeadamente:

1. uma aproximação aos objectivos de desenvolvimento do Milénio;
2. a melhoria da capacidade de formação do Ministério da Saúde;
3. a redução do défice de RHS;
4. a redução das desigualdades em RHS entre províncias;
5. a correcção das distorções intra-provinciais, entre distritos;
6. a melhoria do desempenho dos RHS em termos quantitativos e qualitativos;
7. a retenção no SNS da sua força de trabalho;
8. uma melhor definição da função de regulação dos RHS do sistema de serviços de saúde Moçambicano (em oposição ao Serviço Nacional de Saúde).

Para cada um dos oito objectivos globais (finalidades), são propostas metas específicas (tabela 10).

**Tabela 10. Metas globais de impacto do PNDRHS 2008–2015**

Objectivo global	Indicadores	Situação em 2007	Meta para 2015
Consecução dos ODM	Taxa mortalidade infantil	Ver anexo I	
	Taxa de mortalidade infanto-juvenil		
	Rácio de mortalidade materna		
	VIH/SIDA		
	Malária		
	Tuberculose		
Melhoria da capacidade de formação do Ministério da Saúde	Capacidade de formação	13 instituições de formação	A definir de acordo com capacidade de salas de aulas das instituições
	Número de docentes a tempo inteiro	227	272
	% de docentes com licenciatura	21%	33%
	% de docentes com mestrado	Nenhum	4% (cerca de 10 mestres)
Redução do défice absoluto dos RHS	Habitantes/profissional de saúde	Ver anexo II	
Redução das desigualdades em RHS entre as províncias	Habitantes/profissional de saúde	Ver anexo II	Os habitantes por categorias profissionais prioritárias iguais ou acima da do melhor rácio provincial em 2007

Objectivo global	Indicadores	Situação em 2007	Meta para 2015
	Atribuição de incentivos	Atribuídos sem critérios de desempenho	Gestores que contribuem para correcção de desigualdades inter-provincial e intra-provincial recebem incentivo de acordo com pacote de incentivos
Redução das desigualdades intra-provinciais	Habitantes/profissional de saúde	Não está documentada	Matas a definir depois de documentar realidade actual
Melhoria do desempenho dos RHS	Estrutura da pirâmide profissional	Ver anexo II	Estreitar a base e alargar o corpo da pirâmide de distribuição pelos diferentes níveis de formação
	Formação dos gestores em gestão	Desconhecida	Todos os gestores do SNS têm formação específica para as funções e gestão que desempenham
	Adequação do perfil dos RHS ao desempenho esperado de cada US	Desconhecido	Este perfil deverá ser revisto para integrar as actividades esperadas pelos grandes programas verticais
	Atribuição de incentivos	Excesso de incentivos e subsídios não regulamentados e que não são pagos	Definição de pacotes de incentivos, nacionais e provinciais, regulamentados e justificados. Existência de mecanismos para identificar desempenho exemplar de equipas com consecução da atribuição regular de incentivos
Retenção dos RHS no SNS	Taxa de abandono do SNS	Colheita de dados não está sistematizada	Reduzir a metade
	Taxa de não ingresso no SNS das profissões específicas da saúde	Colheita de dados não está sistematizada	Reduzir a metade
Regulação dos RHS	Existência ou não de ordens profissionais	Ordem dos médicos em fase de instalação (Lei 3/2006 Maio)	Duas ordens: 1) dos médicos e 2) das outras profissões de saúde

São também adoptadas como objectivos e metas deste PNDRHS as definidas na caixa 1.

A consecução destas metas será facilitado através de estratégias gerais, adaptadas às metas particulares de cada vertente estratégica. Essas estratégias gerais ou transversais incluem:

- **A capacitação individual** dos dirigentes, dos reguladores, dos gestores dos serviços e dos prestadores em geral. Isto é, apoiar a

aquisição e o aprimoramento das competências em termos quer de conhecimentos, quer de competências e de atitudes;

- O fortalecimento das **capacidades organizacionais**, ou seja do funcionamento dos sistemas de informação, dos processos de monitorização, de supervisão e de avaliação, da disponibilidade de ferramentas de gestão e de apoio à decisão, e de mobilização de recursos;
- O desenvolvimento de **pacotes de subsídios e incentivos** profissionais e financeiros (anexo III) para estimular o desempenho de todas as categorias de pessoal e para mobilizar vontades, individuais e institucionais, para apoiar a consecução dos objectivos e metas propostas;
- A criação de um **ambiente institucional adequado**, através de mudanças do quadro legal e regulador que facilitam a realização das metas propostas.

## VERTENTE ESTRATÉGICA 1—ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO SNS E SEU QUADRO NORMATIVO

### Resumo da Análise

A análise da organização dos serviços e do seu quadro normativo revelou:

- Convivência entre um modelo organizativo estruturado em níveis de cuidados, e uma abordagem programática, mais ou menos vertical, o que reduz as capacidades de polivalência assistencial aos níveis mais periféricos;
- Modelos organizativos rígidos e de pouca mobilidade ou, quando têm mobilidade, com pouca flexibilidade de adaptação dos pacotes de serviços prestados;
- Necessidade de conviver com novos modelos que facilitem a interacção entre o SNS e os outros prestadores de serviços de saúde e que facilitem o acesso a cuidados para VIH/SIDA;
- Modelo organizativo sem espaço formal para agentes de saúde de nível comunitário;
- Tendo em conta o perfil epidemiológico e as normas de equipas mínimas ou do “quadro de pessoal satisfatório”, o perfil dos RHS actualmente colocados nas US parece desadaptado aos modelos organizativos e às US.

### Valores e princípios orientadores

Os modelos organizacionais do SNS e dos grandes programas nacionais, e o quadro de pessoal que lhes é atribuído normativamente, devem proporcionar aos gestores instrumentos para garantir a gestão do desempenho das US e garantir a adequação das equipas de saúde às tarefas e objectivos esperados de cada US.

## **Objectivo Geral**

O objectivo geral desta vertente estratégica é garantir a adequação das equipas de saúde às US onde estão inseridas. Portanto, e mais especificamente, pretende-se:

- Harmonização entre um modelo organizativo estruturado em níveis de cuidados, e uma abordagem programática, mais ou menos vertical, que contribua para as capacidades de polivalência assistencial aos níveis mais periféricos;
- Modelos organizativos flexíveis, com mobilidade e capacidade de adaptação dos pacotes de serviços prestados;
- Modelo organizativo com espaço formal para agentes de saúde de nível comunitário;
- Tendo em conta o perfil epidemiológico, e as respostas organizativas encontradas, adequar o perfil dos RHS a esses modelos organizativos.

## **Estratégias**

As estratégias contempladas incluem:

- Reforço da gestão das instituições e US
- Definição do quadro de pessoal das US
- Elaboração anual de planos de recrutamento por US
- Regulamentação da interface entre programas verticais e serviços horizontais
- Actualização do perfil dos RH e adequação dos programas de formação a esses perfis
- Sistematização da estratégia avançada e de proximidade
- Gestão da qualidade
- Adequação dos incentivos aos modelos organizacionais adoptados

Estas estratégias implicam um conjunto de actividades identificadas no tabela 11. Com a instalação das Ordens profissionais a sua responsabilidade na gestão da qualidade de uma forma global e, mais especificamente, na acreditação e inspecção de unidades de serviços de saúde e de formação, deverá ser progressivamente esclarecida e definida.

## **Metas**

As metas têm a ver com a consecução das actividades de acordo com o cronograma no tabela 11.

## **Custos previstos**

Os custos globais para executar as actividades previstas para esta vertente estratégica estão estimados em anexo V.

**Tabela 11. Vertente estratégica 1: Organização dos serviços e quadro normativo**

Estratégias	Actividades previstas	Ano de execução								Responsável	AT	
		08	09	10	11	12	13	14	15			
Reforço da gestão das instituições	Garantir a coordenação interna do MISAU de forma a integrar as projecções deste plano nas actualizações do cenário fiscal de médio prazo	X									DRH	
	Definir e desenvolver a equipa mínima de gestão das US tipo	X	X								DNAM	Sim
	Desenvolver critérios para determinar o desempenho de cada US tipo	X									DNAM	Sim
	Desenvolver e implementar instrumentos para avaliar o desempenho das US		X	X							DNAM	Sim
	Desenvolver critérios para determinar o desempenho dos gestores das US	X									DRH	Sim
	Desenvolver e implementar um sistema de avaliação do desempenho dos gestores das US		X	X							DRH	Sim
	Capacitar os gestores para a distribuição e utilização de pessoal de acordo com as tarefas específicas				X	X					DRH	Sim
	Elaborar e aplicar de instrumentos e documentos legais de delegação de competências a todos os níveis				X	X					DRH	Sim
	Actualizar as normas de colocação por US tipo	X	X								DNAM	
	Actualizar as normas de colocação por 1000 habitantes	X	X								DRH	
Recrutamento e abertura de vagas	Definir quadros de pessoal para cada US	X	X	X							DPS	
	Regulamentar o recrutamento e abertura de vagas	X									DRH	
	Desenvolver e implementar Planos de recrutamento preparados anualmente pelos responsáveis institucionais para submissão às DPS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DPS	
	Desenvolver e implementar Planos de recrutamento por distrito ou município	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DPS	
	Desenvolver e implementar Planos de recrutamento Provinciais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DPS	
	Aferição dos planos de recrutamento provinciais por critérios de equidade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DRH	
	Desenvolver normas de intervenção dos Programas Nacionais a nível das US de forma a garantir a polyvalência funcional das US e dos seus RHS		X	X							DNAM	Sim
	Rever os conteúdos do trabalho e a descrição das tarefas do pessoal considerado prioritário (especial atenção ao pessoal de SMI)	X	X	X							DNAM	Sim
Regulamentação da interface entre programas verticais e serviços horizontais	Rever os conteúdos do trabalho e a descrição das tarefas do pessoal considerado prioritário (especial atenção ao pessoal de SMI)		X	X							DNAM/DRH	Sim
	Rever os conteúdos do trabalho e a descrição das tarefas do restante pessoal		X	X	X						DNAM/DRH	Sim

Estratégias	Actividades previstas	Ano de execução							Responsável	AT	
		08	09	10	11	12	13	14			15
Sistematização da estratégia avançada (EA) e de proximidade	Definir pacote mínimo de serviços, incluindo o das brigadas móveis	X	X	X						DNPSCD	Sim
	Definir pacotes alternativos de EA adequados às diversas realidades sanitárias do país	X	X	X						DNPSCD	Sim
	Definir as equipas mínimas para cada pacote	X	X	X						DNPSCD	Sim
	Definir o perfil dos trabalhadores comunitários (APE <sup>6</sup> )	X	X	X						DNPSCD	Sim
	Revitalizar e actualizar o programa nacional de APE <sup>6</sup>	X	X	X	X	X				DNPSCD	Sim
	Formar o pessoal na utilização de protocolos terapêuticos	X	X	X						DRH	
Adequação dos incentivos aos modelos organizacionais (ver anexo III)	Para cada incentivo individual existente definir critérios de aplicabilidade tendo em conta o tipo de US		X	X						DRH	Sim
	Especificar incentivos ao desempenho institucional adequados aos diferentes modelos organizacionais		X	X						DRH	Sim

<sup>6</sup> Ver anexo VI.

## VERTENTE ESTRATÉGICA 2—CAPACIDADE DE GESTÃO AOS DIFERENTES NÍVEIS

### Resumo da Análise

A gestão do SNS e das suas US em geral, e dos RHS em particular, é percebida como sendo fraca e amadorista. Este amadorismo subsiste num contexto em que o processo de descentralização, para as províncias, municípios e distritos, e processos de autonomização de algumas US, exigem grandes competências de gestão a todos os níveis do SNS.

A capacitação em gestão, não tem sido negligenciada, não tem sido integrada numa estratégia de capacitação do SNS a todos os níveis, o que leva a que os gestores, uma vez formados, não ocupem necessariamente um cargo para o qual estariam habilitados pelas novas competências adquiridas.

A descentralização está a ocorrer com uma celeridade que não é acompanhada pela sua regulamentação. Esta falta de regulamentação adiciona dificuldades aos processos de gestão, por falta de definição das responsabilidades e dos processos de gestão dos diferentes níveis do SNS.

Esta situação ocorre num contexto de ausência de memória institucional e em que não existe informação atempada para apoiar as tomadas de decisão, devido à ausência de sistemas de informação para a gestão devidamente arquitetados, e em que os instrumentos de gestão estão subdesenvolvidos.

A cultura de gestão é também, muitas vezes, conducente a decisões pouco transparentes, levando a nomeações muitas vezes sem atenção às qualificações necessárias.

Ao nível da gestão de RHS a excessiva burocratização, de mãos dadas com a complexidade da realidade das carreiras dos RHS, à falta de informação, à falta de quadros com as competências necessárias, aos baixos salários e à falta de incentivos e outros instrumentos, leva a uma situação de desconhecimento da realidade, de atrasos burocráticos, de incapacidade de gestão da carreira do funcionário e de desmotivação.

Embora não seja um fenómeno recente, persistem em Moçambique as situações de conflitos de lealdade, e de interferências nas linhas de autoridade e de prestação de contas, associadas a duplas afiliações dos trabalhadores do SNS ligados a ONG ou entidades privadas, ou a trabalhadores de ONG funcionalmente integrados nas US do SNS.

### Valores e princípios orientadores

A gestão do SNS deve ser profissionalizada, orientada por valores de serviço público, apoiada em regulamentos e normas claras e transparentes e por instrumentos de gestão adequados.

## **Objectivo Geral**

Fortalecer a capacidade de gestão, planificação e administração em geral e de RHS em particular, de acordo com a reforma da administração pública a decorrer, e as realidades da descentralização de funções, e tomar as medidas apropriadas para que se melhorem continuamente às práticas de gestão em geral e dos RHS em particular, com base no respeito da legislação e das normas técnicas e regulamentares vigentes em matéria de carreiras profissionais e de formação do pessoal de saúde, bem como em matéria de descentralização e desconcentração de poderes e competências, garantindo ao mesmo tempo o desenvolvimento de instrumentos facilitadores dos processos de gestão.

## **Estratégias**

As estratégias contempladas incluem:

- Formação em gestão.
- Instrumentalização da gestão de RHS.
- Descentralização da gestão dos RHS para províncias, municípios, distritos e instituições autónomas.
- Desenvolvimento de um observatório de RHS.
- Revisão dos estatutos do CRDS de forma a ser redesenhando como um Instituto Público responsável pela formação em gestão dos quadros do SNS e pelo ensino não presencial, também dos quadros do SNS.
- Regulamentação do emprego múltiplo.

Estas estratégias implicam um conjunto de actividades identificadas na tabela 12.

## **Metas**

As metas têm a ver com a consecução das actividades de acordo com o cronograma na tabela 12.

## **Custos previstos**

Os custos globais para executar as actividades previstas para esta vertente estratégica estão estimados em anexo V.



**Tabela 12. Vertente estratégica 2: Capacidade de gestão aos diferentes níveis**

Estratégias	Actividades previstas	Ano de execução								Responsável	AT	
		08	09	10	11	12	13	14	15			
Formação em gestão	Instalar a escola de gestão do SNS	X	X								CRDS	Sim
	Definir o perfil do gestor das US do SNS	X	X								DRH	Sim
	Reforçar a capacidade de Recursos Humanos do CRDS para responder a novas exigências	X	X	X							CRDS	Sim
	Desenvolver de programas de formação de gestores das US do SNS		X	X							CRDS	Sim
	Desenvolver e implementar um plano sistemático de formação inicial de gestores de US do SNS			X	X	X	X	X	X		CRDS	
	Desenvolver e implementar um Plano sistemático de FC dos gestores do SNS						X	X	X		DRH	
	Elaborar e aprovar os novos estatutos do CRDS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	CRDS	Sim
Regulamentação do emprego múltiplo	Regulamentar o regime de exclusividade do funcionário público		X	X							DRH	Sim
	Actualizar regulamentação da prática privada do funcionário público	X	X								DNAM	Sim
	Regulamentar a descentralização de competência sobre RHS para os níveis mais periféricos	X	X								DRH	Sim
Descentralização da gestão dos RHS para províncias, municípios, distritos e instituições autónomas	Desenvolver mecanismos para apoiar a transferência de competências sobre RHS para os níveis mais periféricos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DRH	
	Introduzir um sistema integrado de gestão de RHS a todos os níveis do SNS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DRH	Sim
	Rever e actualizar os mecanismos de programação e organização do trabalho nas Unidades Sanitárias de modo a induzir um aumento da sua eficácia e eficiência e consequente impacto na produtividade			X	X	X					DRH	Sim
Instrumentalização da gestão de RHS	Promover o espírito de trabalho em equipa, em que todos os membros têm tarefas específicas bem determinadas, que todos conhecem, assumem e sabem contribuir para um objectivo comum			X	X	X					DRH	
	Colocar quadros qualificados e especializados de nível superior (ou requalificação dos existentes) nos departamentos de RH em todos os níveis			X	X	X					DRH-DF	
	Desenvolver a FC dos gestores ao nível provincial e central nas diferentes áreas de RHS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	CRDS	Sim
	Desenvolver e aplicar um código específico de ética e de disciplina dos profissionais de saúde			X	X	X					DRH	
	Inventariar os instrumentos de gestão de RHS e definição de necessidades	X									DRH	Sim

Estratégias	Actividades previstas	Ano de execução							Responsável	AT	
		08	09	10	11	12	13	14			15
	Desenvolver e implementar um plano de desenvolvimento de instrumentos de gestão dos RHS		X	X	X	X	X	X	X	DRH	Sim
Desenvolvimento de um observatório de RHS	Inventariar as de fontes de dados sobre RHS	X								CRDS	Sim
	Instalar o ORHS	X	X	X	X	X				CRDS	Sim
	Rever o SIP e adaptação ao sistema nacional de saúde e do sistema dos salários do MPF.	X	X							CRDS	Sim
	Supervisionar e formar em serviço a equipa técnica responsável do SIP a todos os níveis.	X	X	X						CRDS	Sim
	Expandir o SIP para os distritos das capitais provinciais			X	X	X	X	X	X	DPS	
	Disponibilizar periodicamente os relatórios de SIP entre os diferentes departamentos e direcções do MISAU.			X	X	X	X	X	X	CRDS	
	Harmonizar o fluxo de informação entre o SIP, SIS do MISAU, sistema de informação do MPF e o ORHS.			X	X	X	X	X	X	CRDS	
	Instalar uma rede informatizada nacional de informação simultânea (níveis provincial e central) tipo Intranet.				X	X	X	X	X	UTI	
	Desenvolver e implementar um sistema para monitorizar tendências de emigração de RHS				X	X	X	X	X	DRH	
	Monitorizar do PNDRHS 2009-2015		X	X	X	X	X	X	X	CRDS	
Manter o ORHS						X	X	X	CRDS		

## VERTENTE ESTRATÉGICA 3—DISTRIBUIÇÃO, MOTIVAÇÃO E RETENÇÃO DO PESSOAL DO SNS

### Resumo da Análise

O diagnóstico da situação dos RHS revelou:

- Grandes desigualdades na distribuição de RHS entre províncias e municípios;
- A colocação de recém graduados nas *províncias*, com critérios “incrementalistas” sem a devida atenção às prioridades relativas de cada província e ao *skill mix* necessário;
- Uma pirâmide de RHS com base muito larga de trabalhadores menos diferenciados;
- Sobrecarga dos HC e HP, associada a défices de competências necessárias nos HR e CS para fazer face ao incremento de trabalho associado com uma maior procura de cuidados devido à epidemia de VIH/SIDA;
- Serviços sobrecarregados e falta de organização e distribuição de tarefas não permitem realizar o trabalho eficientemente;
- Ganhos de eficiência seriam possíveis transferindo pessoal de US com baixa actividade para outras superlotadas de doentes;
- Não implementação das carreiras profissionais;
- Inexistência de fundos para progressão ou promoção dos trabalhadores nas respectivas carreiras;
- Salários desfasados do incremento do custo de vida;
- Incentivos desligados de objectivos estratégicos;
- Condições de trabalho conducentes à insatisfação e desmotivação do pessoal;
- Infra-estruturas antigas não permitem aplicação de normas de biossegurança;
- Risco elevado de VIH/SIDA entre os RHS.

Estas condições contribuem para a insatisfação e desmotivação do pessoal de saúde.

### Valores e princípios orientadores

Os RHS têm de ser valorizados, reconhecendo a sua centralidade na arquitectura e funcionamento do sistema de serviços de saúde, equilibrando a sua distribuição, identificando as suas necessidades, garantindo na sua segurança, facilitando o cumprimento das suas tarefas, garantindo a sua mobilidade e recompensando sacrifícios e o desempenho acima da média, garantindo paralelamente a consecução de objectivos pessoais e organizacionais.

## **Objectivo Geral**

Com esta vertente estratégica pretende-se contribuir para o melhor desempenho do sistema de serviços de saúde através de uma força de trabalho melhor distribuída e motivada para contribuir para objectivos de trabalho individuais e institucionais. Mais especificamente pretende-se:

- Corrigir a má distribuição do pessoal no espaço nacional e entre níveis de cuidados.
- Garantir carreiras de saúde adequadas ao actual contexto nacional e acautelar a sua gestão efectiva.
- Desenvolver um quadro de referência para justificar uma política salarial, de subsídios e incentivos que reconheça, no quadro da função pública, a especificidade da situação dos RHS.

## **Estratégias**

As estratégias identificadas incluem:

- Rever e corrigir bloqueios e disfuncionalidades nos procedimentos de recrutamento, rotação e retenção.
- Tornar expeditos os mecanismos de aposentação do pessoal.
- Revisão das carreiras específicas da saúde de forma a simplificá-las e adequá-las a novos contextos institucionais, a uma maior exigência de diferenciação do pessoal e a uma nova realidade epidemiológica.
- Fazer uma gestão das carreiras que permita a progressão e promoção dos RHS.
- Compreensão da capacidade de intervenção sobre a motivação dos RHS.
- Diferenciar, no seio da administração pública, uma estratégia salarial, de subsídios e incentivos específica dos RHS.
- Melhorar as condições de trabalho dos RHS, especialmente, no que concerne às condições de biossegurança e implementação do princípio de remuneração em função dos riscos incorridos e da dificuldade e desgaste físico resultante de certas tarefas e da obrigatoriedade de trabalho em turnos.

Para cada uma das estratégias acima reconhecidas, identificam-se uma ou mais actividades identificadas no tabela 13.

## **Metas**

As metas têm a ver com a consecução das actividades de acordo com o cronograma no tabela 13.

## **Custos previstos**

Os custos globais para executar as actividades previstas para esta vertente estratégica estão estimados em anexo V.

**Tabela 13. Vertente estratégica 3: Distribuição, motivação e capacitação dos RHS**

Estratégias	Actividades previstas	Ano de execução							Responsável	AT		
		08	09	10	11	12	13	14			15	
Rever e/ou actualizar procedimentos de recrutamento, colocação, rotação e retenção	Identificar necessidades		X	X							DRH	
	Abrir vagas		X	X							DRH	
	Capacitar as DPS/DDS/direcções hospitalares centrais para a execução do processo de recrutamento do pessoal do SNS em conjunto com as iniciativas de RSP		X	X							DRH	
	Elaborar um programa de integração para os recém recrutados consoante a sua área técnica e funções a desenvolver (programa de acolhimento)		X	X							DRH	
	Desenvolver e implementar um sistema de rotação do pessoal de saúde		X	X							DRH	
	Garantir mecanismos para transferências em articulação com a necessidade de preencher vagas		X	X							DRH	
	Promover a continuidade das iniciativas dos parceiros na contratação de pessoal recém graduado que aguarda nomeação pelo TA		X	X	X	X	X	X	X	X	DRH	
	Descentralizar os processos associados ao TA		X	X							DRH	
	Rever e/ou actualizar procedimentos de retenção		X	X							DRH	
	Gestão do desempenho, da progressão e da promoção nas carreiras	Desenvolver critérios para avaliar o desempenho dos profissionais de saúde				X	X	X	X	X	X	DRH
Desenvolver sistema de monitorização do desempenho dos RHS					X	X	X	X	X	X	DRH	Sim
Actualizar o sistema de promoção e progressão na carreira profissional					X	X	X	X	X	X	DRH	Sim
Desenvolver procedimentos para ligar o desempenho e a progressão na carreira entre si e com a formação contínua					X	X	X	X	X	X	DRH	Sim
Revisão das carreiras específicas da saúde	Propor e negociar um estatuto especial para as profissões específicas da saúde				X	X	X	X	X	X		
	Rever e simplificar as carreiras específicas da saúde, incluindo novas carreiras se necessário, as tarefas esperadas de cada profissional nos diferentes níveis de carreira e o sistema de formação respectivo	X	X	X							DRH	Sim

Estratégias	Actividades previstas	Ano de execução							Responsável	AT
		08	09	10	11	12	13	14		
Estratégia salarial	Propor e negociar um estatuto especial para as profissões específicas da saúde para que seja possível uma estratégia salarial que considere o mérito e as competências		X	X					DRH	Sim
	Regularizar a situação dos funcionários do Estado quanto a direitos salariais ligados às progressões e promoções no sistema de carreira vigente		X	X					DRH	
	Implementar o princípio de compensação em função dos riscos incorridos e da dificuldade e desgaste físico resultante de certas tarefas e da obrigatoriedade de trabalho em turnos.		X	X					DRH	
	Aumentar a percentagem das despesas totais com pessoal em relação ao Orçamento de Saúde		X	X					DRH	
Condições de trabalho	Desenvolver e implementar um plano para melhoria das condições de trabalho dos trabalhadores	X	X						INS	
	Criar mecanismos para assegurar a distribuição continuada de itens de protecção individual nas US		X	X					DRH	
Compreensão da capacidade de intervenção sobre a motivação dos RHS	Monitorizar as condições de biossegurança dos RHS	X							ORHS	
	Realizar uma análise dos factores de motivação que mantêm o pessoal nas US periféricas, e dos factores sociais, económicos e antropológicos que caracterizam estes funcionários	X	X	X					INS	
	Desenvolver pacotes de intervenções para motivar os quadros de saúde	X	X	X					DRH	Sim
	Aumentar a motivação dos trabalhadores através de incentivos morais e materiais, da melhoria das condições de trabalho e, sobretudo da melhoria na planificação, programação e organização do trabalho.	X	X	X					DRH	Sim
	Reforçar o princípio de atribuição de habitação de função, próxima das Unidades Sanitárias, para facilitar o alojamento dos profissionais e de estagiários, estendendo-o também às zonas urbanas	X	X	X					DRH	Sim
	Rever e implementar de um sistema de subsídios e incentivos para os profissionais e equipas de saúde (ver anexo III).	X	X	X					DRH	Sim
Desenvolver e implementação de um mecanismo para suportar o sistema de subsídios e incentivos de uma forma sustentável e equitativa.	X	X	X					DRH	Sim	

## VERTENTE ESTRATÉGICA 4—CAPACIDADE DA REDE DE PRODUÇÃO INICIAL, DE FORMAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO E DE FORMAÇÃO CONTÍNUA

### Resumo da Análise

A boa articulação entre a rede de formação do MISAU e o SNS é um aspecto exemplar do sistema de RHS de Moçambique. No entanto, as Instituições e Centros de formação estão no seu limite de capacidade de produção de recursos humanos para o SNS em resposta ao Plano do Governo 2005–2009, sector da saúde, Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos 2006–2010 e ao Plano de Aceleração da Formação 2006–2009, colocando algumas preocupações com o possível compromisso da qualidade da formação. É urgente uma maior capacidade logística da rede e técnica, de recursos humanos afectos á formação, de forma a responder de forma adequada às carências do país e às necessidades de formação identificadas neste Plano. A avaliação e monitorização da qualidade do ensino e capacidade técnica final dos formandos também têm que ser melhoradas. Deveria ser considerado o envolvimento das Ordens Profissionais nestas actividades.

O MISAU tem sido e manter-se-á responsável pela coordenação das pós-graduações médicas havendo, no entanto, necessidade de se repensar a articulação com a recentemente criada Ordem dos Médicos. Continuará também responsável pela normatização da FC, que será executada pelas DPS.

Mais alguns aspectos identificados no diagnóstico da situação que deverão ser contemplados neste PNRH incluem:

- Compromisso da qualidade com o aumento da produção actual de técnicos;
- Gestão/administração das IF é pouco eficaz;
- Dependência das IF de financiamento externo, e a chegada tardia dos fundos cria dificuldades de planeamento e execução;
- Apesar de não ser ainda satisfatória a produção de enfermeiros, esta tem sido uma das formações mais favorecidas, havendo um défice relativo de produção de profissões prioritárias para os ODM, produzindo um *skill mix* desequilibrado;
- Ainda estão por definir as responsabilidades de formação que serão do âmbito nacional e as que serão do âmbito provincial;
- Até agora as DPS assumiram pouco a responsabilidade de gestão das IF para a melhoria da qualidade da formação e a coordenação necessária para a absorção do pessoal formado;
- Falta pessoal qualificado para leccionar os cursos;
- Faltam docentes a tempo inteiro;
- Condições nas sedes de estágio têm-se mostrado um obstáculo para a boa aprendizagem;
- Monitorização e apoio técnico do Departamento de Formação, nível central, às IF tem limitações por falta de pessoal;

- Indefinição de normas de atendimento por nível de prestação dificulta a instituição de parâmetros de formação técnica com base na competência;
- FC sem monitorização que permita avaliar melhoria de qualidade de atendimento ou da gestão do sistema;
- Planeamento de FC excessivamente associado a conteúdos e financiamento dos programas verticais.

### **Valores e princípios orientadores**

A rede de formação deve desenvolver a capacidade para produzir os RHS necessários para o SNS, garantindo que o processo de socialização dos estudantes nas IF deve ser conducente a elevados padrões de exigência técnica e de compromisso com valores de missão pública e códigos deontológicos profissionais.

### **Objectivos**

A expansão e reforço da atenção de saúde para a população só é possível através de técnicos adequadamente formados em termos qualitativos e quantitativos. Portanto, o objectivo geral desta vertente estratégica é de garantir a formação dos técnicos de saúde necessários para o Sistema Nacional de Saúde de acordo com as necessidades identificadas (anexo II). Mais especificamente, pretende-se:

- Adequar (técnica e eticamente) e aumentar a formação de profissões prioritárias ao nível médio;
- Adequar e aumentar as pós-graduações (internatos) de especialização médica no país e no estrangeiro;
- Criar as condições para formação em gestão dos gestores das IF e formação pedagógica dos seus docentes;
- Garantir a implementação de uma formação contínua como programa nacional integrado e articulado com a gestão das carreiras.

### **Estratégias**

As estratégias contempladas incluem:

- Expansão física e logística da rede de formação.
- Expansão técnica da rede de formação.
- Melhoria do processo e qualidade do ensino.
- Criação de uma carreira docente no MISAU.
- Diferenciação da formação dos profissionais de saúde.
- Reforço do sistema de informação de formação (no âmbito do ORHS).
- Apoio à política de mobilização e participação comunitária.
- Organização dos processos de formação contínua.



- Reforço da capacidade de planeamento e implementação de pós-graduações.
- Formação de gestores (ver vertente estratégica 2: capacidade de gestão aos diferentes níveis).
- Coordenação com os parceiros para o financiamento dos cursos locais além dos contemplados no Fundo Comum Provincial.

Para cada uma das estratégias acima reconhecidas é identificada uma ou mais actividades assim como os responsáveis pela sua execução (tabela 14).

A implementação destas estratégias pode assumir pelo menos dois figurinos. O primeiro, que é o que tem sido seguido pela DRH-F, implica uma abordagem equitativa de todas as IF em todas as províncias. O segundo, implicaria a criação de centros de excelência em duas ou três províncias, com responsabilidades de formação, investigação e de serviço à comunidade, com intensa actividade de formação de docentes, com responsabilidades de acompanhamento de outras IF, com responsabilidades por cursos de formação de âmbito nacional e funcionando como pontos focais de desenvolvimento de metodologias de ensino não presencial.

No âmbito destas estratégias é ainda importante identificar a responsabilidade da DRH-F em acompanhar e incentivar os bacharéis e licenciados necessários para o SNS. Junto do ISCISA deve procurar também cursos de licenciatura para profissionais de saúde de nível médio evitando a perda destes profissionais para outras licenciaturas não relacionadas com a saúde. De forma a garantir a capacitação dos campos de estágios para os futuros licenciados e bacharéis, deverá, em parceria com o Ministério da Educação e os parceiros, promover cursos de aceleração da formação em pós-graduação conducentes aos graus de mestre e doutor, dos docentes partilhados entre as IF e os campos de estágio do MISAU.

A articulação com o ministério da Educação é também importante para garantir estratégias de expansão da capacidade de produção de médicos nacionais para o Sistema Nacional de Saúde. De acordo com as estratégias definidas, o MISAU poderá então, com maior rigor, definir a melhor abordagem para complementar as necessidades de AT médica. Serão de considerar o recrutamento de médicos estrangeiros, a formação de médicos nacionais no estrangeiro, e a revisão das necessidades nacionais reconsiderando a possibilidade de substituir médicos por quadros menos diferenciados em alguns postos de trabalho.

### **Metas**

As metas têm a ver com a consecução das actividades de acordo com o cronograma no tabela 14.

### **Custos previstos**

Os custos globais para executar as actividades previstas para esta vertente estratégica estão estimados no anexo V.

**Tabela 14. Vertente estratégica 4: Capacidade da rede de produção inicial e de formação contínua**

Estratégias	Actividades previstas	Ano de execução								Responsável	AT				
		08	09	10	11	12	13	14	15						
Expansão física e logística da rede de formação	Actualizar o Plano de Investimentos das infra-estruturas das Instituições de Formação de forma a ampliar a rede de formação	X	X												
	Rever Regulamento Geral das IF para permitir diferenciação de IF em centros de excelência	X	X										DRH-DF		
	Construir novas instalações para o ICS em Maputo		X	X									DRH-DF		
	Adquirir e harmonizar material de ensino e apoio: equipamento de laboratório humanístico, material informático, fotocopiadoras, consumíveis para utilizar nos estágios.		X	X	X	X							DRH-DF		
	Adquirir material para a biblioteca e equipamento do laboratório humanístico para os cursos e estágios de forma centralizada (Departamento de Formação, nível central)		X	X	X	X							DRH-DF		
	Intensificar o desenvolvimento de Centros de Documentação e Informação nas IF e em Unidades Sanitárias utilizadas como locais de estágio		X	X	X	X							DRH-DF	Sim	
	Aumentar o corpo docente de forma a garantir quatro docentes a tempo inteiro por curso		X	X	X	X									
	Realizar um programa intensivo de capacitação/actualização técnica especializada e pedagógica para os docentes, principalmente eventuais, e tutores/supervisores de estágio.		X	X	X	X	X							DRH-DF	
	Contratualizar com o ISCISA cursos de licenciatura para os docentes das IF		X	X	X	X	X	X	X					DRH-DF	
	Desenvolver a capacitação técnica especializada em coordenação com os programas respectivos	X	X	X	X	X	X	X	X					DRH-DF	
Expansão técnica da rede de formação	Capacitar os docentes em aprendizagem baseada na competência (uso de guias de procedimentos padronizados para o ensino e aprendizagem das competências técnicas, e de avaliação objectiva)			X	X	X	X	X						DRH-DF	Sim
	Estabelecer programas de formação-compartilhada de pessoal docente e supervisores de estágio das US para uniformizar critérios técnicos e pedagógicos		X	X	X	X	X	X						DRH-DF	
	Coordenar e interligar IF no País e no Exterior na óptica de intercâmbio e apoio técnico para a rede nacional de formação em saúde.		X	X	X	X	X	X						DRH-DF	
	Elaborar e implementar um pacote de subsídios e incentivos para os docentes efectivos das IF.			X										DRH-DF	

Estratégias	Atividades previstas	Ano de execução							Responsável	AT		
		08	09	10	11	12	13	14			15	
	Estabelecer contratos de prestação de serviços de formação com Instituições, governamentais ou não governamentais, disponíveis para realização de cursos adicionais (em excesso da capacidade nas IF existentes no sector saúde) de acordo com os fundos ao nível local		X	X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	
	Criar no Departamento de Formação, nível central, um Núcleo Pedagógico-Didático		X	X							DRH-DF	
Melhoria do processo e qualidade do ensino	Rever os critérios técnicos para seleção de campos de estágio em cada área técnica	X	X	X							DRH-DF	
	Coordenar com as DPSs a seleção, baseada nos critérios técnicos revistos, dos campos de estágio e apetrechamento permanente destas sedes		X	X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	
	Promover e criar de Enfermarias-modelo nos Hospitais que sirvam de campos de estágio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	Sim
	Contratar pessoal técnico reformado para o reforço do ensino das atitudes éticas e deontológicas na componente de estágios		X	X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	
	Definir normas de contratação de supervisores de estágio considerando o pagamento de acordo com o seu nível académico			X							DRH-DF	
	Realizar, inicialmente, avaliações cruzadas (entre instituições, por pares) das actividades das Instituições de Formação, que evoluam para avaliações independentes até 2015			X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	Sim
	Rever e harmonizar os conteúdos curriculares		X	X							DRH-DF	Sim
	Implementar os programas de formação das carreiras prioritárias (Enfermagem, Enfermagem de SMI, Medicina Geral e Medicina Preventiva) na modalidade modular de modo a facilitar a alternância de duas turmas simultâneas na mesma Instituição e horário <sup>7</sup> , e a deslocação dos estudantes aos diversos Hospitais Rurais da Província onde decorrerão os estágios clínicos e rural.										DRH-DF	Sim
	Realizar de dois em dois anos jornadas de investigação das IF com apresentação de trabalhos de alunos e docentes			X		X				X	DRH-DF	
Criação da carreira de docente nas IF do MISAU			X	X							DRH-DF	

<sup>7</sup> Implementar os programas de formação das carreiras prioritárias (Enfermagem, Enfermagem de SMI, Medicina Geral e Medicina Preventiva) na modalidade modular de modo a facilitar a alternância de duas turmas simultâneas na mesma Instituição e horário<sup>7</sup>, e a deslocação dos estudantes aos diversos Hospitais Rurais da Província onde decorrerão os estágios clínicos e rural. Entanto uma turma está a realizar o “bloco” teórico, outra poderá levar a cabo o “bloco” prático, evitando a superlotação de campos de estágio.

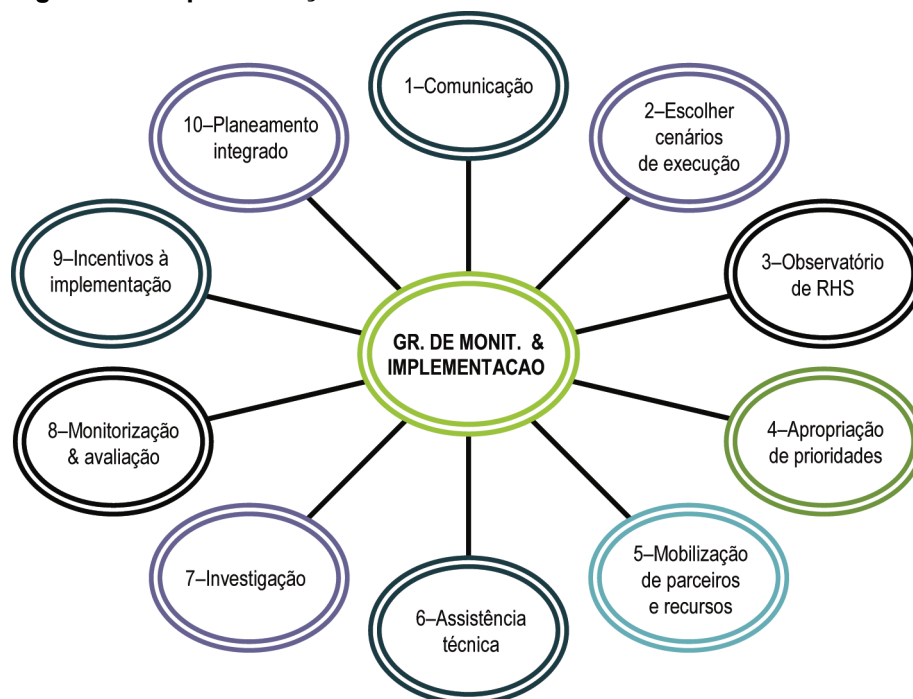
Estratégias	Actividades previstas	Ano de execução								Responsável	AT	
		08	09	10	11	12	13	14	15			
Diferenciação da formação dos profissionais de saúde	Promover os técnicos de saúde elementares a básicos até 2011		X	X	X						DRH-DF	
	Negociar com Ministério da Educação a formação necessária para os quadros elementares poderem ter condições de ingresso em cursos para nível básico (10ª classe)	X	X	X							DRH-DF	
	Realizar cursos de promoção de elementares com nível académico para tal para básicos até 2011	X	X	X	X	X					DRH-DF	
	Reformular os programas de formação dos Cursos de Promoção na óptica de melhorar a especificidade dos conteúdos, de rentabilizar o tempo de formação para um ano, e de diminuir o período de ausência do trabalhador na Unidade Sanitária de procedência. Contemplar a realização de cursos em horários pós laborais.		X	X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	Sim
Adequar o skill mix ao perfil das unidades sanitárias	Contratar com o ISCISA cursos de licenciatura para profissionais de saúde de nível médio		X	X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	
	Formar Agentes de Medicina Geral para facilitar a transferência dos Enfermeiros colocados nas Unidades Periféricas sem hospitalização para as Unidades que contam com o serviço de internamento		X	X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	
Reforço do sistema de informação de formação (no âmbito do ORHS)	Continuar o processo de criação, a nível central, de um banco de dados informatizado de todo o processo de formação, incluindo a FC e locais de estágio		X	X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	Sim
	Promover o envolvimento comunitário coordenando e padronizando as actividades de formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) efectuada pelas ONG que realizam trabalho comunitário.		X	X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	
Apoio à política de mobilização e participação comunitária	Promover o desenvolvimento das competências dos profissionais de saúde na utilização de metodologias e técnicas de envolvimento comunitário		X	X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	
	Obter consenso sobre o perfil do APE (ver anexo IV)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DNPSCD	
	Adequar o Programa de Formação do APE ao perfil definido (ver anexo IV)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	
	Incluir metodologias e técnicas de trabalho de envolvimento comunitário na reformulação dos programas de formação dos técnicos de saúde (Técnicos e Agentes de Medicina Geral)		X	X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	Sim

Estratégias	Atividades previstas	Ano de execução							Responsável	AT	
		08	09	10	11	12	13	14			15
Organizar os processos de formação continua	Estabelecer um sistema integrado de planificação, monitoria e avaliação das actividades de formação continua dos trabalhadores a todos os níveis e categorias do Serviço Nacional de Saúde	X	X	X						DRH-DF	Sim
	Implementar um Sistema de Informação para a gestão e monitorização das actividades de FC integrado no sistema de informação acima referido	X	X	X						DRH-DF	Sim
	Centralizar o financiamento das actividades de formação continua a nível central.	X	X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	
	Desenvolver novas modalidades de FC não presencial pelas IF que tem cursos nacionais		X	X	X	X	X			DRH-DF	sim
Reforço da capacidade de planeamento e implementação de pós-graduações	Reforçar a capacidade técnica do departamento de formação continua a nível central e nas províncias com profissionais licenciados.	X	X	X						DRH-DF	
	Expandir os cursos de pós-graduação médica nas principais instituições credenciadas de prestação de serviços curativos de saúde do País.	X	X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	
	Manter a exigência de serviço médico à periferia antes de ingresso nos internatos complementares conducentes a especialidades médicas									DRH-DF	
	Desenvolver as possibilidades de incremento da formação de pós-graduação com parcerias entre as faculdades de Medicina no País e no Exterior.		X	X	X	X	X	X	X	DRH-DF	

## IMPLEMENTAÇÃO DO PNDRHS

A implementação do PNDRHS será um processo trabalhoso, complexo e exigente em termos de competências. Para garantir um processo bem coordenado, bem documentado, bidireccional, rigoroso, eficiente e efectivo, propõe-se o seguinte quadro de referência para a sua execução. Este quadro de referência implica a nomeação de um Grupo de Monitoria e Implementação do PNDRHS (MI-PNDRHS) responsável por dez pacotes de trabalho, conducentes a uma implementação bem sucedida do PNDRHS (figura 5).

**Figura 5. Implementação do PNDRHS**



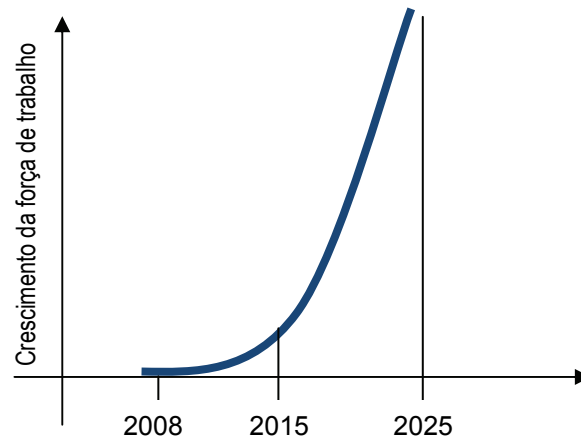
### Execução

A implementação deste PNDRHS tenta não acelerar muito mais a formação enquanto as responsabilidades provinciais e distritais, no contexto da descentralização e da RSP não estiverem melhor definidas, os corpos gestores do SNS não estiverem mais diferenciados, a actual força de trabalho não tiver melhores condições de trabalho, a expansão da rede sanitária não estiver melhor definida e/ou enquanto a rede de formação do MISAU não estiver mais capacitada (figura 6).

Serão consideradas a possibilidade de os esforços do sector público serem complementados com os esforços de outros sectores, através de mecanismos de co-financiamento e/ou de contratualização das actividades a executar.

### Figura 6. Implementação do PNRHP

Manter produção de novos quadros mais ou menos aos níveis actuais, concentrar inicialmente na capacitação da gestão, da rede de formação e das condições de trabalho e adiar a expansão acelerada para 2015–2025



Foram considerados três possíveis cenários para o período compreendido entre 2008 e 2015. O Cenário adoptado, descrito no anexo II, é aquele que mais esforço exige para aumentar a proporção das profissões consideradas prioritárias (tabela 2) na força de trabalho. Este cenário está custeado em anexo V.

### Grupo de Monitoria e Implementação

O MI-PNDRHS deverá ser um grupo sénior, na directa dependência do Director Nacional de Recursos Humanos, com carácter multidisciplinar (incluindo profissionais de carreiras específicas da saúde, economistas, especialistas em recursos humanos e especialistas em gestão de informação & conhecimento).

O líder deste Grupo deverá ter um cargo de Director Nacional Adjunto. A composição e termos de referência estão especificados no projecto de Diploma que cria o MI-PNDRHS (anexo VI). Todos os cargos deverão ser ocupados a tempo inteiro, com exclusividade e disponibilidade permanente (isenção de horário). O MI-PNDRHS será nomeado por um período de três anos, podendo ser prolongada a sua existência em circunstâncias excepcionais que o justifiquem.

### Comunicação

O conhecimento do PNDRHS, das suas intenções, dos instrumentos nele contemplados e dos resultados desejados, interessam a um grupo diversificado de utentes, políticos, administradores públicos de diversos sectores, associações profissionais e ordens, sindicatos, fundações e ONG, parceiros internacionais e a cada um dos profissionais de saúde. O sucesso depende da mobilização de vontades para facilitarem o sucesso do PNDRHS.

Uma das tarefas prioritárias será, portanto, a elaboração e execução de um Plano de Comunicação com as diversas audiências, garantindo um contacto continuado e sustentado ao longo do período de vigência das actividades do MI-PNDRHS. Este plano deveria recorrer a canais



diversos, como aos jornais, à rádio, à televisão, a panfletos e cartazes e às novas tecnologias, com base na web.

### **Observatório de RHS**

O MI-PNDRHS deveria integrar a Comissão instaladora do ORHS. Os principais objectivos desta iniciativa são:

- Incentivar e promover estratégias e intervenções sobre RHS com base em evidências;
- Apoiar a tomada de decisão sobre RHS com a disponibilidade de dados, informação e conhecimento sobre os RHS nacionais;
- Desenvolver capacidades para avaliar e monitorizar a situação dos RHS;
- Estabelecer uma plataforma, uma comunidade de conhecimento, de produtores, utilizadores de informação sobre RHS e de advocacia do desenvolvimento dos RHS;
- Mobilizar recursos e apoios técnicos.

O âmbito do trabalho cobre:

- Melhoria das bases de dados sobre RHS nos níveis nacional, provincial, distrital, municipal e institucional (harmonizar definições, instrumentos de colheita de dados, relacionamento e acessibilidade aos dados de acordo com diferentes níveis de acesso autorizado);
- Promover a investigação e análise de dados e desenvolver actividades de capacitação em recolha de dados, análise de dados e comunicação;
- Sistematizar anualmente a informação sobre RHS de acordo com um formato padronizado;
- Criar e manter meios de apresentação regular de informação sobre RHS (manifestos, memorandos, fóruns); integrar-se numa rede internacional de observatórios de RHS.

A base institucional do Observatório será no Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário, funcionando em rede com outros ministérios relevantes, as Universidades e outras instituições de formação e com os responsáveis pelo SIP a todos os níveis.

### **Apropriação de prioridades aos níveis provinciais e distritais**

O PNDRHS é baseado numa visão macro da realidade Moçambicana. Essa visão macro tem que ser repensada nos diversos contextos provinciais e vertida em Planos Províncias de RHS. O MI-PNDRHS, deveria dinamizar, incentivar e validar estes exercícios de planeamento.



### **Parceiros e recursos**

O sucesso da implementação depende de parcerias bem estruturadas com uma definição clara de deveres e direitos, de expectativas em termos de resultados e de recompensas pela consecução desses resultados.

As parcerias têm de perder a informalidade e assumir compromissos formais com os objectivos e metas do sector público. Para tal é necessário que estes estejam bem especificados, que os recursos estejam disponíveis, que existam instrumentos legais e de gestão e que os serviços responsáveis tenham as competências necessárias para os acompanhar.

O MI-PNDRHS será responsável por identificar parceiros para diferentes actividades das diferentes vertentes estratégicas, contratualizando com eles, em parcerias com os serviços públicos a sua execução, garantindo o acesso aos recursos necessários e adequados a essa execução.

### **Assistência técnica<sup>8</sup>**

Muitas das actividades serão executadas recorrendo ao apoio da AT nacional e internacional. O MI-PNDRHS será responsável de fazer um plano para assistência técnica à consecução do PNDRHS, podendo atribuir a gestão de partes desse plano a diferentes actores envolvidos na sua execução.

### **Investigação**

A investigação é necessária para completar lacunas no conhecimento sobre os RHS Moçambicanos e para documentar o custo efectividade de muitas das actividades propostas. Para tal o MI-PNDRHS elaborará um Plano de Investigação sobre RHS em Moçambique e acompanhará a sua execução.

### **Monitorização e avaliação**

A médio prazo o PNDRHS quer alcançar objectivos associados com a capacitação do sistema de formação e de gestão, com o recrutamento e colocação do pessoal, e com a sua retenção onde eles são mais necessários (caixa 3).

---

<sup>8</sup> Assistência técnica é um termo utilizado para incluir contratos de curta, média e longa duração, de nacionais ou estrangeiros.

**Caixa 3. Resultados esperados nos primeiros 36 meses do PNDRHS—Junho de 2008 a Junho de 2011**

**Capacitação**

- Clarificação do quadro legal e normativo em que está decorrer a descentralização.
- Instrumentalização dos gestores em geral e dos gestores de RHS em particular.
- Formação dos gestores em geral e dos gestores de RHS em particular.
- Capacitação dos centros de formação.
- Desenvolvimento da função observatório.

**Quadros de pessoal**

- Definir, e aprovar quadros de pessoal nacionais, provinciais, distritais e institucionais.

**Recrutamento e colocação**

- Basear o recrutamento e a colocação nas vagas associadas a quadros de pessoal, recrutando o máximo de quadros saídos das instituições de formação.
- Compensar o défice recrutando trabalhadores das carreiras específicas em idade de reforma ou já reformados, com pacotes complementares da reforma atractivos.
- Completar as equipas de gestão das DPS de acordo com as recomendações em anexos II e VI.

**Retenção**

- Finalização de negociações com o ministério da Função Pública para conseguir estatuto especial para as carreiras específicas da saúde.
- Incentivos de retenção, associados a compromissos de exclusividade e trabalho a tempo inteiro, para as carreiras prioritárias.
- Definição e implementação de pacote de incentivos associados à consecução de objectivos estratégicos.
- Aprovação de subsídios conducentes a uma melhoria da condição social dos trabalhadores em geral.
- Condições de biossegurança nos locais de trabalho.
- Especificação e implementação das condições técnicas mínimas para o bom desempenho.
- Serviços de saúde e tratamentos gratuitos e prioritários para todos os profissionais de saúde.

O MI-PNDRHS terá também que monitorizar a abordagem de temas complexos, tal como os relacionados com novas carreiras, salários e incentivos e a gestão dos APE (ver anexo VI). Obrigatoriamente acompanhará a evolução dos indicadores para as metas definidas.

O MI-PNDRHS tem portanto que desenvolver e implementar mecanismos para a sua monitorização e avaliação. Deverá, ainda, ser capaz de fazer inferências sobre um maior acesso ou não às competências prioritárias, sobre o grau de cobertura e sobre o impacto na produção.

**Incentivos à implementação**

O MI-PNDRHS deve ficar responsável por formalizar um pacote de incentivos a atribuir aos decisores nacionais e provinciais, pela consecução de actividades contempladas no plano. Estes ficarão na responsabilidade directa do MI-PNDRHS, que os administrará directamente.

Estas actividades, os recursos disponíveis, o calendário de execução, os indicadores de avaliação e os incentivos a pagar, e a quem, pela sua

consecução, serão objecto de um processo de contratualização entre a autoridade nacional ou provincial e o MI-PNDRHS.

### **Planeamento integrado e semiaberto**

O planeamento no sector da saúde é de uma extraordinária complexidade, não só devido aos múltiplos actores intervenientes, tanto públicos como privados, mas também pela multiplicidade de planos que emergem sob o controlo de um mesmo actor e ainda pela evolução da base evidencial que fundamentou as decisões nos diversos planos.

Este plano não pode ser visto como um plano imutável durante o seu período de vigência. Devem ser estabelecidos, pelo MI-PNDRHS, mecanismos que permitam a sua adaptação a novos planos que vão sendo elaborados, a novas informações que vão sendo conhecidas, a resultados que vão evoluindo mais ou menos rapidamente que o esperado, a recursos que não são mobilizados de acordo com as expectativas, etc.

## INDICADORES DE IMPACTO COM BASE NO PESS 2007–2012

### PLANO ESTRATÉGICO DO SECTOR SAÚDE 2007–2012

1º Objectivo Geral	Redução da taxa a de mortalidade infantil dos 124 por mil registados em 2003 para 90 por mil em 2010 e 67 por mil em modo cumprindo o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Redução taxa de mortalidade neo-natal				36/1 000 NV			30/1 000 NV
Redução da taxa de incidência do sarampo				4,5/100 000			2,5/100 000
Redução da taxa de mortalidade pelo sarampo (OMS)				0,05/100 000			0,02/100 000
Aumento da percentagem de crianças, de menos de um ano de idade, imunizadas contra o sarampo e em cada um dos distritos em 2015				90%			95%
Redução da transmissão vertical do HIV, nas crianças testadas HIV+ nascidas de mães seropositivas				25%			
Aumento da taxa de cobertura de mulheres grávidas HIV positivas, clinicamente elegíveis que recebem tratamento antiretroviral				30%			
Aumento da percentagem de crianças HIV+ beneficiando de tratamento antiretroviral para em 2007, e para, em 2010	10%			10 600 crianças seropositivas (10% necessitados)		31 000 crianças (menos de 30% dos necessitados)	

2.º Objectivo Geral	Redução da taxa de mortalidade infanto-juvenil dos 178 por 1000 registados em 2003 para 135 por mil em 2010 e 108 por mil em 2015, deste modo cumprindo o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Redução da taxa de incidência de diarreia nas crianças de menos de 5 anos				11%			10%
Redução da taxa de incidência de infeções respiratórias agudas (IRA), (sobretudo as pneumonias), em crianças de menos de 5 anos				8,5%			6,5%
Redução da taxa de incidência da malária grave, em crianças de menos de 5 anos (ODM)				41/10 000			22,5/10 000
Crianças com menos de cinco anos de idade a beneficiar da combinação medidas de protecção pessoal e colectiva (pulverizações, redes mosquiteiras tratadas e outras intervenções acessíveis e de baixo custo) (ODM)				60%			
Redução da taxa de mortalidade da malária grave e complicada, em crianças de menos de 5 anos,(ODM)				1,5/10 000			1/10 000
Redução da taxa de mortalidade proporcional por malária, em crianças de menos de 5 anos				22,5%			15%
Redução da taxa de mortalidade das crianças de menos de 5 anos por malnutrição grave				12,50%			10%
Redução da taxa de prevalência de Anemia, nas crianças dos 6 aos 59 meses				50%			30%

3.º Objectivo Geral	Redução da taxa de mortalidade materna dos 408 por 100 000 registados em 2003 para 350 por 100 000 em 2010 e 250 por 100 000 em 2015, deste modo cumprindo o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015		
Aumento da taxa de cobertura por primeiras consultas pré-natais e melhoria progressiva da sua qualidade				90%			95%		
Aumento do número médio de consultas pré-natais por gravidez e melhoria progressiva da sua qualidade				3,5%			400%		
Aumento da taxa de cobertura por Parto Institucional (ODM)				56%			66%		
Melhoria da qualidade da assistência ao parto nas Unidades Sanitárias									
Aumento do número de Unidades Sanitárias que prestam Cuidados Obstétricos de Emergência Essenciais básicos, com um particular esforço nas Províncias mais mal servidas (Zambézia, Nampula, Niassa, Cabo Delgado e Inhambane)				3,0/500 000 habitantes			4.0/500 000 habitantes		
Aumento da taxa de cobertura de necessidades satisfeitas para complicações obstétricas tratadas em Unidades Sanitárias com Cuidados Obstétricos de Emergência Essenciais				30%			50%		
Melhoria e reforço da supervisão do cumprimento das normas obstétricas em vigor									
Melhoria da capacidade de diagnóstico e tratamento das complicações obstétricas nas Unidades Sanitárias									
Reforço das medidas de prevenção e tratamento das complicações obstétricas directas									
Melhoria do sistema de referência obstétrica com existência de ¼ ambulâncias em funcionamento				70% das US's Serviços Obstétricos					

3.º Objectivo Geral	Redução da taxa de mortalidade materna dos 408 por 100 000 registados em 2003 para 350 por 100 000 em 2010 e 250 por 100 000 em 2015, deste modo cumprindo o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Melhoria do sistema de referência obstétrica com existência de ¾ ambulâncias em funcionamento				100% das US's c/ Serviços Obstétricos de emergência			
Melhoria do sistema de referência obstétrica com existência de ¾ rádios de comunicação operacionais				100% das sedes distritais e 50% das localidades com camas obstétricas			
Redução da Taxa de Letalidade das mulheres com complicações obstétricas directas, nas Unidades Sanitárias com Cuidados Obstétricos de Emergência Essenciais				1,5%			1%
Redução da taxa de prevalência da parasitémia malárica em mulheres grávidas (ODM)				15%			10%
Beneficiar mulheres grávidas de medidas de protecção pessoal e colectiva contra a malária pulverizações, redes mosquiteiras, e outras intervenções acessíveis e de baixo custo (ODM)				60%			
Garantir que mulheres grávidas que correm risco de contrair malária tenham acesso a tratamento presumptivo e intermitente		60%					
Redução das taxas de letalidade e mortalidade pela malária, em mulheres grávidas							
Desenvolver acções de Advocacia para a despenalização do aborto de modo a evitar mortes maternas por aborto inseguro							

3.º Objectivo Geral	Redução da taxa de mortalidade materna dos 408 por 100 000 registados em 2003 para 350 por 100 000 em 2010 e 250 por 100 000 em 2015, deste modo cumprindo o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015			
Assegurar a oferta de serviços de aborto seguro e estabelecer e estender os cuidados pós-aborto aos Centros de Saúde Urbanos e Rurais										
Aumento da taxa de cobertura pelo uso de contraceptivos(ODM)				24%			34%			
Redução da taxa de incidência da gravidez precoce										
Em colaboração com o CNCS, redução da taxa de prevalência de HIV em mulheres grávidas dos 15 aos 24 anos(ODM)				12%			8%			
Aumentar a cobertura de despiste e tratamento de sífilis				85%			95%			



7.º Objectivo Geral	Reduzir o peso da malária a metade (medido pelas taxas de prevalência de parasitemia malárica e de letalidade), até 2015, em relação aos níveis observados em 2001, cumprindo dessa forma o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio relativo ao controlo da malária:						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Beneficiar pessoas que correm risco de contrair malária possam, da combinação de medidas de protecção pessoal e colectiva; incluindo as pulverizações contra o mosquito vector da malária, redes mosquiteiras tratadas com insecticidas e outras intervenções que sejam acessíveis e de baixo custo, (ODM)				60%			
Redução da taxa de prevalência da parasitemia malárica na população dos 2-9 anos dos 60 % registados em 2001 (ODM)				45%			
Garantir aos que padecem de malária, um acesso rápido a um tratamento correcto e de baixo custo nas primeiras 24 horas após o início dos sintomas			60%				
Redução da taxa de letalidade por malária dos 7% observados em 2001,(ODM)				5%			3,5%
Melhorar a qualidade do diagnóstico da malária dos 25 a 30% actuais				60%			80%

8.º Objectivo Geral	Redução da taxa de prevalência e de mortalidade por tuberculose, deste modo cumprindo o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2015
Redução da taxa de prevalência da tuberculose de 636/100 000 observados em 2004				450/100 000			320/100 000
Redução da taxa de letalidade da tuberculose de 12% observados em 2004 (ODM)				8%			6%
Aumento da taxa de detecção de casos com BK+ de 45% observados em 2004		65% no final de 2008		70% no final de 2010			
Aumento da taxa de sucesso terapêutico com Tratamento de Ciclo Curto com Observação Directa (DOT) dos 76% observados em 2004 deste modo cumprindo o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio	80% no final de 2007			85% no final de 2010			
Redução taxa de abandono do tratamento dos 8% observados em 2004				6% no final de 2010			5% no final de 2015
Integrar os Cuidados de Saúde aos tuberculosos nos Cuidados de Saúde Primários		Final de 2006					

# ESTIMATIVA DAS NECESSIDADES DE RHS, DA CAPACIDADE DE PRODUÇÃO DE RHS PELA REDE DE IF EXISTENTES E DA NECESSIDADE DE ACÇÕES COMPLEMENTARES DE FORMAÇÃO

Neste anexo descrevem-se os métodos utilizados para estimativa das necessidades de pessoal até 2015, que são apresentadas, tendo como base os efectivos da base de dados do MISAU referente a 31 de Dezembro de 2006 (SIP).

## ESTIMATIVAS

As estimativas tiveram como base os seguintes critérios: estimativa da rede sanitária em 2015; equipas de profissionais por tipo de unidade sanitária; estimativa de perdas de força de trabalho; formação de recursos humanos da saúde; crescimento da população; necessidades de docentes na rede de formação do MISAU, reforço de capacidade de planificação e gestão a nível provincial<sup>9</sup>.

### 1—Rede sanitária

Foi usada a referência do PDRH 2006–2010 para a estimativa do número de unidades sanitárias para 2008–2010, assumindo-se que se manterá este número até 2015.

**Tabela 1. Rede sanitária para o cenário adoptado**

Tipo de Unidades Sanitárias	Total
Hospital Central	4
Hospital Provincial	8
Hospital Psiquiátrico	2
Hospital Geral	6
Hospital Rural	32
Hospital Distrital	37
Hospital Distrital com cirurgia	3
Centro de Saúde urbano A	23
Centro de Saúde urbano A/Mat	19
Centro de Saúde urbano B	21
Centro de Saúde urbano B/Mat	9
Centro de Saúde urbano C	48
Centro de Saúde urbano C/Mat	22
Centro de Saúde Rural I	125
Centro de Saúde Rural II	591
<b>Total</b>	<b>950</b>

Fonte: Rede sanitária para 2008–2010 constante no PDRH 2006–2010 e DRH (mais um hospital central e provincial)

<sup>9</sup> Apesar de a carga de trabalho e a dispersão geográfica da população terem sido considerados factores de correcção a ter em consideração a indisponibilidade de dados não permitiu a sua inclusão.

Como cenário de fundo, para 2025, foram consideradas as perspectivas de S. Ex.<sup>a</sup> o Sr. Ministro da Saúde Dr. Paulo Ivo Garrido, que considera como objectivos para a expansão da rede sanitária, os seguintes:

- 1 CS Rural (Tipo 2) para cada 10 000 habitantes (existe um défice aproximado deste tipo de estruturas de 750), o qual deve estar equipado com: 1 servente; 1 agente de medicina; 1 enfermeira de SMI.)
- 1 hospital distrital (HD), em cada distrito, com cirurgia (duas salas).
- 1 hospital geral em cada cidade.
- Manter o mesmo número de hospitais provinciais e centrais, melhorando o seu desempenho. Em relação ao número de *Hospitais centrais e provinciais* foi ainda considerado, por indicação da DRH, por já estar em processo de concretização, mais um hospital provincial (Matola), e mais um hospital central (Quelimane).

Em relação aos *hospitais distritais*, esta proposta ministerial tem como finalidade assegurar que todos os distritos disponham de pelo menos um hospital distrital.

**Tabela 2. Rede sanitária para 2025**

Tipo de Unidades Sanitárias	Total
Hospital Central	4
Hospital Provincial	8
Hospital Psiquiátrico	2
Hospital Geral	12
Hospital Rural	32
Hospital Distrital com cirurgia	87
Centro de Saúde urbano A	23
Centro de Saúde urbano A/Mat	19
Centro de Saúde urbano B	21
Centro de Saúde urbano B/Mat	9
Centro de Saúde urbano C	48
Centro de Saúde urbano C/Mat	22
Centro de Saúde Rural I	125
Centro de Saúde Rural II	1 341
<b>Total</b>	<b>1 753</b>

Este horizonte alargado é importante como pano de fundo para dar continuidade, depois de 2015, ao actual PNDRHS. A estratégia de saúde deve portanto considerar a expansão da rede sanitária de forma a permitir um crescimento mais acelerado da força de trabalho entre 2015 e 2025.

## 2—Estimativa de perdas de força de trabalho

- Admitiu-se a perda do pessoal por *aposentação*, a partir da idade da reforma (55 anos para as mulheres, 60 para os homens). Os efectivos que já ultrapassaram a idade de reforma, (que aguardam o processo de aposentação), não serão considerados parte da força de trabalho do SNS.

A *mortalidade geral antes de 55 anos* de idade foi calculada em 0,5% por ano com base nas estimativas referidas no plano anterior (PRHR 2006–2010). Embora a tendência de crescimento da mortalidade relacionada ao VIH esteja clara ao longo dos anos, as iniciativas relativas ao tratamento (TARV e TIO) dos funcionários do MISAU actuarão em direcção contrária, limitando as perdas e o nível de perda das capacidades funcionais.

- O impacto do *absentismo por doença*, em geral relacionado com o SIDA foi estimado considerando que 8% da força de trabalho poderá trabalhar a 50% das suas capacidades. Isto equivale à perda de 4% do pessoal<sup>10</sup>. Mantendo o mesmo critério, para um período de 9 anos (2007–2015), aplicou-se uma taxa de 6%. Embora não tenhamos elementos suficientemente caracterizadores, dever-se-á ter em conta que o absentismo total poderá ser mais elevado. No entanto, com a melhoria das condições de biossegurança e acesso a tratamento o absentismo por SIDA poderá vir a diminuir.
- Aplicou-se uma percentagem de 5% por perdas por saída para o sector privado onde se inclui a saída dos novos diplomados que não chegam a ser nomeados para o SNS. Trata-se apenas de um valor médio já que se admite que a saída não é uniforme em todas as categorias profissionais.

## 3—Formação

Está em curso o desenvolvimento da “Planificação Integral da Formação II Semestre 2007–I Semestre 2010”, incluindo os programas de formação: “Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos 2006–2009”; o “Plano de Aceleração da Formação 2006–2009” e o “PAF 2006–2009”. Os cursos projectados prolongar-se-ão até ao I Semestre de 2010 e traduzir-se-ão num acréscimo de 9,437 graduados (MISAU; DRH; Departamento de Formação, Plano de Aceleração de Técnicos de Saúde—Julho 2006–Junho 2009; Planificação Integral de Formação II Semestre 2007–I Semestre 2010 por Instituição de Formação—Março 2007).

Ao cálculo de necessidades foram subtraídos os profissionais que estão previstos formar entre 2011 e 2015. Foram estimadas necessidades de formação entre 2011 e 2015 para chegar ao total de necessidades calculadas.

<sup>10</sup> Vide F. MISAU/DRH; Relatório da visita à Província de Sofala 18-28 Julho. 2004, citado no PNDRH 2006-2010

#### **4—Crescimento da população**

As projecções da população do INE estimam um crescimento da população de cerca de 20,4% pelo que a mesma percentagem foi aplicada para correcção das necessidades de efectivos para o pessoal específico da saúde.

#### **5—Necessidades de docentes**

As necessidades em relação a docência, reconhecida como uma competência prioritária, são estimadas em quatro docentes por curso, representando um acréscimo de 45 docentes efectivos.

#### **6—Necessidades para reforçar a função de regulação do MISAU e o planeamento integrado ao nível provincial**

Considerar-se-ão quatro técnicos superiores por província (1 para área de gestão ou da administração e finanças, 1 para planeamento e cooperação, 1 para recursos humanos e 1 para aquisições) (44 no total), para apoio a planeamento integrado e a serem integrados até 2015. Não foi previsto um aumento quantitativo do pessoal dos órgãos centrais, DPS e Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social. Isto é, prevêem-se, como necessidades, estes 44 técnicos mais os efectivos necessários a repor as perdas estimadas. na base de dados do MISAU referente a 31 de Dezembro de 2006. Considerou-se também, a nível do MISAU, alterar a pirâmide do pessoal, substituindo vagas criadas pela saída de pessoal não técnico por quadros técnicos, de preferência de nível superior.

#### **Notas explicativas**

- Considerou-se que as necessidades de pessoal para os serviços de Combate ao SIDA, Malária, Tuberculose e outros programas de natureza vertical, estão incluídas nas estimativas globais de necessidades de profissionais, por estes programas se concretizarem através do SNS e sua rede de Unidades Sanitárias;
- A categoria de “Atendente”, proposta no documento do MISAU, foi agregada à de “Servente de Unidade Sanitária”, a qual integra os “Agentes de Serviço”;
- Não foram consideradas as categorias: flebotomistas, conselheiros e activistas;
- Relativamente aos efectivos que exercem/exerciam a sua actividade na US designada Postos de Saúde, admitimos que os mesmos já terão sido integrados em CS ou na Rede Comunitária, como propõe o DM 127/2002, pelo que não entraremos em linha de conta com este grupo;
- As carreiras a extinguir não são repostas.

## Limitações dos dados existentes

Para efectuar a estimativa das necessidades de pessoal para o período 2010–2015, existem limitações de natureza diversa. Destacam-se as seguintes:

- **Insuficiência de dados sobre a rede sanitária:** Para uma tarefa desta natureza, é fundamental: a) que se conheçam as unidades sanitárias existentes, segundo o tipo, bem como o pessoal que lhes está afecto, por categorias, idades, sexo, nível de formação; b) que haja informação detalhada sobre os equipamentos existentes, particularmente o número de camas disponíveis e o fim a que as mesmas se destinam; c) que se conheça a produtividade das unidades sanitárias; d) que se conheçam planos detalhados e calendarizados de investimento, tanto no que respeita à edificação de novas estruturas como em relação aos planos de reconstrução e de reclassificação das estruturas existentes;
- **Plano de Investimento da Saúde:** Trata-se de um documento que “identifica as áreas onde devem ser construídas unidades sanitárias; as recomendações do Conselho Nacional Coordenador da Saúde e do Conselho Consultivo do Ministro”, sendo um instrumento fundamental no que respeita à expansão da rede sanitária. Contudo, o plano em vigor, PIS 2004–2008 (2013), revela limitações diversas no que respeita às projecções para 2013, pelo que não constitui uma base de trabalho suficientemente sólida para o PDRHS em curso;
- **Recenseamento das Unidades sanitárias 2007:** encontra-se em fase de validação da informação. Sendo um instrumento fundamental, não permite ainda a sua utilização. Contudo, nesta fase, apenas seria relevante para clarificar a situação actual e não tanto como fonte de planeamento;
- **Projecções para 2008–2010 da rede sanitária (PDRH 2006–2010):** o número de unidades sanitárias segundo o tipo, por província considerado nestas projecções, serviu já de base para cálculos de necessidades de RHS em documentos anteriores.

## CENÁRIO ADOPTADO

O cenário adoptado baseia-se na colocação de pessoal nas US<sup>11</sup> previstas para 2008–2010 (tabela 1), incorporando ainda as indicações da DRH no que respeita à construção de um hospital central em Quelimane e de um hospital provincial na Matola.

Para os profissionais considerados prioritários para consecução dos ODM, o critério adoptado foi atingir até 2015, para todas as províncias o melhor rácio nacional observado em 2006, entre a população e estes profissionais.

<sup>11</sup> Conforme o estipulado no Diploma Ministerial (DM) 127/2002 (para a rede primária e hospitais distritais com capacidade cirúrgica) e nos “Critérios de definição do quadro de pessoal para os Hospitais 2007–2010” da Direcção Nacional de Assistência Médica (para hospitais gerais, rurais, provinciais e centrais).

## RESULTADOS

O cenário adoptado totaliza 45 654 efectivos para 2015, com 29 333 nas carreiras específicas e 16 321 nas carreiras gerais (comuns)<sup>12</sup>.

**Tabela 3. Estimativas de RHS até 2015**

	RHS estimados por ano									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
RHS específicos*	13 056	14 010	15 293	16 344	18 203	21 013	24 180	25 954	27 719	29 333
RHS gerais	12 627	13 076	13 628	14 178	14 730	15 240	15 694	15 903	16 112	16 321

Comparativamente a 31 de Dezembro de 2006, verifica-se um crescimento global de 78%, e, relativamente às carreiras específicas da saúde, este traduz-se em 124,7%. As carreiras gerais têm um acréscimo de 29,4%.

O crescimento médio anual previsto é de 8,63% (tabela 4).

**Tabela 4. Número de efectivos globais do SNS e crescimento anual, 2006–2015**

	Anos									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nº de RHS	25 683	27 087	28 920	30 522	32 932	36 253	39 873	41 856	43 831	45 654
Cresc. anual		5,47%	6,77%	5,54%	7,90%	10,08%	9,99%	4,97%	4,72%	4,16%

Quanto à evolução da área específica observa-se um forte crescimento a partir de 2012, de 15,1% e no período 2011–2015, de 39,6%. As carreiras gerais registam um crescimento médio anual de 3,25% (tabela 5).

**Tabela 5. Evolução do pessoal (RHS específicos e gerais), 2006–2015**

Áreas/Profissões*	2006	2008	2015	Evolução 2006–2015 (valor absoluto)	Evolução percentual 2006–2015	% em relação ao pessoal total SNS 2015
Farmácia	817	902	2 002	1 185	145%	4,4%
Medicina**	1 896	2 398	4 689	2 793	147%	10,3%
Laboratório	809	988	1 581	772	95%	3,5%
Saúde Pública/ Medicina Preventiva	820	1 007	1 703	883	108%	3,7%
Enfermagem	4 282	4 872	9 453	5 171	121%	20,7%
Obstetrícia e enfermagem de SMI	2 906	3 307	5 951	3 045	105%	13,0%
Instrumentista	132	173	421	289	219%	0,9%
Anestesiologia	103	145	359	256	249%	0,8%

<sup>12</sup> Não inclui as necessidades de médicos estrangeiros.



Áreas/Profissões*	2006	2008	2015	Evolução 2006–2015 (valor absoluto)	Evolução percentual 2006–2015	% em relação ao pessoal total SNS 2015
Cirurgia	56	54	155	99	177%	0,3%
Gestão	333	430	880	547	164%	1,9%
<b>Total</b>	<b>12 154</b>	<b>14 270</b>	<b>27 194</b>	<b>15 040</b>	<b>124%</b>	<b>59,6%</b>
<b>Total Pessoal SNS</b>	<b>25 683</b>	<b>28 920</b>	<b>45 654</b>	<b>19 971</b>	<b>78%</b>	
<b>Carreiras específicas</b>	<b>13 056</b>	<b>15 293</b>	<b>29 333</b>	<b>16 277</b>	<b>125%</b>	
<b>Carreiras gerais</b>	<b>12 627</b>	<b>13 628</b>	<b>16 321</b>	<b>3 694</b>	<b>29%</b>	
<b>% carreiras específicas</b>	<b>51%</b>	<b>53%</b>	<b>64%</b>			

\*Não inclui os médicos estrangeiros necessários.

Destaca-se particularmente o crescimento das profissões prioritárias, o qual, mais do que duplica (124%). No mesmo sentido é também de registar o peso deste grupo de profissões no total de efectivos do SNS, 59,6%.

É ainda de sublinhar o peso das carreiras específicas que cresce de 51% para 64%.

## EVOLUÇÃO GLOBAL NO PERÍODO 2000–2008–2015

Ao relacionarmos a evolução de um conjunto de indicadores que comparam os recursos humanos com a população, ao longo de uma década e meia, torna-se mais claro dar-mo-nos conta do salto quantitativo que poderá ocorrer (tabelas 6 e 7). O total de efectivos por 100 000 habitantes duplicará neste período.

É significativo o acréscimo respeitante ao pessoal de enfermagem de SMI por 100 000 mil habitantes, o qual é praticamente o quádruplo e o triplo respectivamente.

**Tabela 6. Indicadores globais para 2000, 2008 e 2015**

Indicadores	2000	2008	2015
Total RHS por 100 000 hab.	92,25	138,68	186,21
Total de médicos por 100 000 hab.*	2,52	4,49	6,13
Pessoal de enfermagem por 100 000 hab.	21,25	23,36	38,56
Pessoal de enfermagem de SMI por 100 000 hab.*	5,35	11,41	20,74
Pessoal médico, de enfermagem e de SMI p/100 000 hab.	29,12	39,27	65,43
Total de pessoal das profissões prioritárias p/100 000 hab.	45,59	68,43	110,92

\*Considerando o total de médicos nacionais e estrangeiros, com excepção do ano 2000

Tabela 7. Indicadores globais para 2015

Indicadores globais	
Nº de RHS profissões específicas	<b>29 333</b>
Nº de médicos*	1 504
Nº de enfermeiros (só pessoal de enfermagem)	9 523
Nº de habitantes por RHS específicos	835,8
Nº de habitantes por médico	16 301,6
Nº de habitantes por enfermeiro	2 574,6
Nº de RHS área específica por <b>100 000 habitantes</b>	119,6
Nº de médicos* por 100 000 habitantes	6,1
Nº de enfermeiros (só pessoal de enfermagem) por 100 000 hab.	38,8
Nº de RHS área específica por <b>1 000 habitantes</b>	1,196
Nº de médicos* por 1 000 habitantes	0,061
Nº de enfermeiros (só pessoal de enfermagem) por 1 000 hab.	0,388

\*Considerando o total de médicos nacionais e estrangeiros, com excepção do ano 2000

### 11—Profissões prioritárias

No que respeita às profissões prioritárias (tabela 8), são de referir as seguintes notas:

- para algumas das categorias consideradas, basicamente as de nível superior, em algumas áreas profissionais, não foram identificadas necessidades, pelo que as mesmas representavam necessidades negativas. Nestas situações admitiu-se manter o mesmo número de efectivos que em 2006;
- não foram consideradas novas necessidades para as categorias de nível elementar, pelo que, nestes casos os valores apresentados para 2015, reflectem a saída regular destes efectivos do sistema ou a sua reclassificação;
- no que respeita aos médicos especialistas considerados em 2006, admitiu-se o valor disponibilizado pelo SIP de Junho de 2007.

Globalmente, o total dos efectivos das profissões prioritárias reflecte um acréscimo significativo, 123,74%, relativamente a 2006.

**Tabela 8. Crescimento das profissões consideradas prioritárias 2006–2015, e evolução dos rácios de habitantes por profissões**

Áreas	Profissões /Categorias profissionais	Situação em 2006		Proj. 2015	
		Nº	Hab/Prof.	Nº	Hab/Prof.
<b>Farmácia</b>	Técnico de farmácia especializado (N médio)	6	3 314 783,5	41	59 7989,8
	Técnico de farmácia (N médio)	149	133 481,2	1 207	20 312,8
	Agente de farmácia	447	44 493,7	593	41 345,0
	Auxiliar de farmácia	215	92 505,6	161	152 283,1
<b>Medicina</b>	Médico generalista	443	44 895,5	1 066	22 999,6
	Médico de medicina interna *	15	1 325 913,4	39	628 655,9
	Técnico de medicina B	1	19888 701,0	1	24 517 582,0
	Técnico de medicina especializado (N médio)	27	736 618,6	59	415 552,2
	Técnico de medicina (N médio)	436	45 616,3	1 541	15 910,2
	Agentes de medicina	974	20 419,6	1 983	12 363,9
	Técnico de laboratório A	5	3 977 740,2	5	4 903 516,4
<b>Laboratório</b>	Técnico de laboratório B	1	19 888 701,0	1	24 517 582,0
	Técnico de laboratório Especializado (N médio)	9	2 209 855,7	36	681 043,9
	Técnico de laboratório C (N médio)	241	82 525,7	814	30 119,9
	Técnico de laboratório D	409	48 627,6	630	38 916,8
	Microscopista	144	138 116,0	95	258 079,8
	Médico Especialista em Saúde Pública	5	3 977 740,2	19	1 290 399,1
	Técnicos de Medicina Preventiva Especializado (N médio)	13	1 529 900,1	45	544 835,2
<b>Saúde Pública/Medicina preventiva</b>	Técnico de Medicina Preventiva (N médio)	320	62 152,2	864	28 376,8
	Agentes de Medicina Preventiva	482	41 262,9	775	31 635,6
	Enfermeiro A (Licenciado)	28	710 310,8	44	557 217,8
	Enfermeiro B (Bacharel)	109	182 465,1	1 791	13 689,3
	Enfermeiro Geral Especializado (N médio)	153	129 991,5	390	62 865,6
	Enfermeiro Geral (N médio)	812	24 493,5	3 501	7 003,0
	Enfermeiro básico	2 382	8 349,6	3 238	7 571,8

Áreas	Profissões /Categorias profissionais	Situação em 2006		Proj. 2015	
		Nº	Hab/Prof.	Nº	Hab/Prof.
<b>SMI</b>	Enfermeiro elementar	798	24 923,2	489	50 138,2
	Médico obstetra*	30	662 956,7	140	175 125,6
	Médico pediatra*	27	736 618,6	71	345 318,1
	Enfermeira de SMI Especializada (N médio)	17	1 169 923,6	80	306 469,8
	Enfermeira parteira	13	1 529 900,1	1	24 517 582,0
	Enfermeira de SM I—C (N médio)	416	47 809,4	2 481	9 882,1
	Enfermeira SMI (N básico)	1 486	13 384,1	2 506	9 783,6
	Parteira elementar	917	21 688,9	672	36 484,5
	Técnico de instrumentação especializado (N médio)	12	1 657 391,8	109	224 931,9
	Técnico de instrumentação (N médio)	120	165 739,2	312	78 582,0
<b>Anestesiologia</b>	Médico Anestesta*	10	1 988 870,1	24	1 021 565,9
	Técnico de Anestesiologia Especializado (N médio)	16	1 243 043,8	176	139 304,4
	Técnico de Anestesiologia (N médio)	77	258 294,8	159	154 198,6
<b>Cirurgia</b>	Médico Cirurgião*	18	1 104 927,8	37	662 637,4
	Técnico de Cirurgia Especializado (N médio)	38	523 386,9	118	207 776,1
<b>Gestão</b>	Téc. de administração hospitalar A	14	1 420 621,5	49	505 007,8
	Téc. de administração hospitalar B	5	3 977 740,2	23	1 044 559,8
	Téc. de admin. hospitalar especializado (N médio)	22	904 031,9	42	590 334,4
	Téc. de administração hospitalar (N médio)	143	139 081,8	310	79 010,6
	Agente de administração hospitalar	149	133 481,2	456	53 790,6
	<b>Total</b>		12 154		<b>27 194</b>

## EVOLUÇÃO ANUAL DO GRAU DE COBERTURA DA POPULAÇÃO/ALGUMAS ÁREAS PROFISSIONAIS—2006–2015

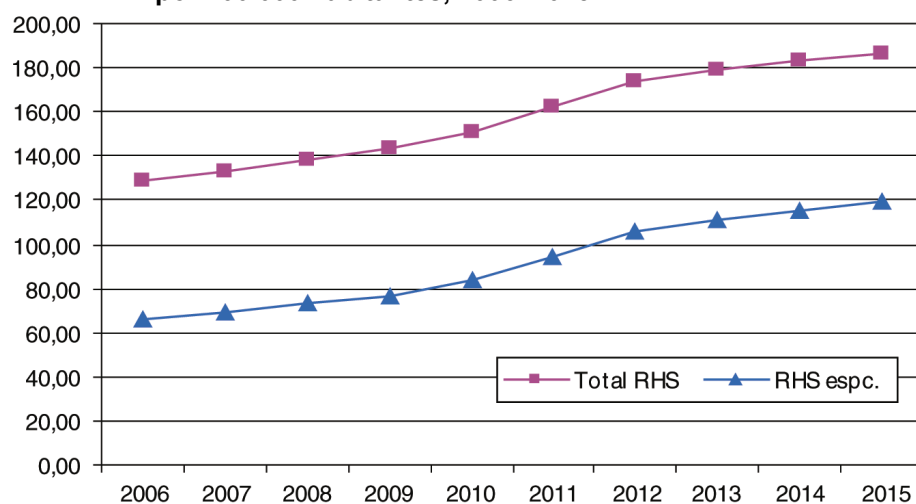
O indicador constante no quadro seguinte (tabela 9), permite-nos verificar em que medida o acréscimo de profissionais melhora ou não o grau cobertura da população por um conjunto de técnicos fundamentais na prestação de cuidados de saúde.

**Tabela 9. Evolução dos recursos humanos—total, área específica e algumas áreas profissionais por 100 000 habitantes, (total do país), 2006–2015**

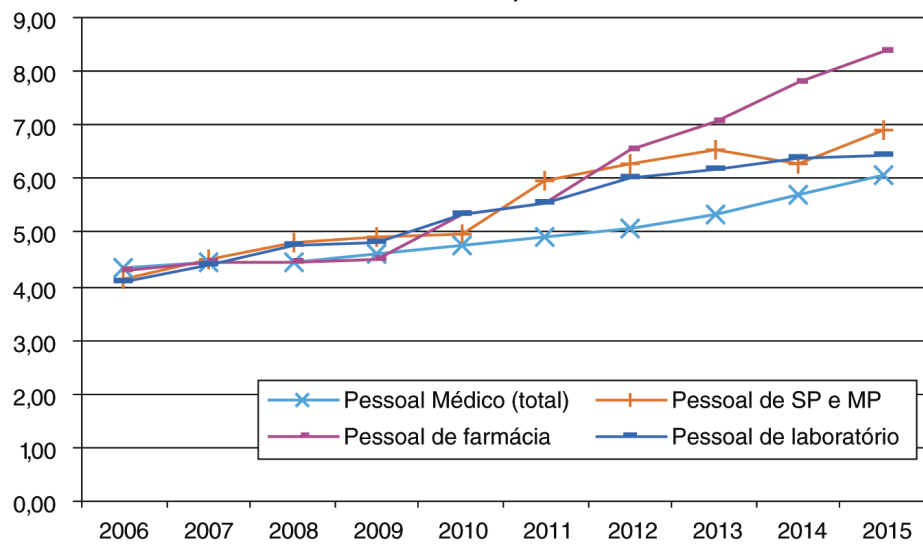
Anos	Total RHS	RHS espec.	Médicos (total)	Pessoal de enfermagem	Pessoal de SMI	Pessoal de SP e MP	Pessoal de farmácia	Pessoal de laboratório
2015	186,21	119,64	6,06	38,84	24,56	6,89	8,39	6,45
2014	182,88	115,66	5,69	36,03	23,63	6,30	7,81	6,36
2013	178,69	110,80	5,32	33,11	22,55	6,55	7,09	6,20
2012	174,18	105,63	5,08	30,03	21,31	6,28	6,53	6,03
2011	162,08	93,94	4,90	25,08	18,92	5,99	5,55	5,54
2010	150,69	83,29	4,75	23,56	18,33	4,98	5,35	5,36
2009	142,96	76,55	4,59	23,52	17,02	4,90	4,48	4,84
2008	138,68	73,33	4,45	23,48	15,99	4,82	4,47	4,74
2007	133,00	68,79	4,47	21,74	15,36	4,48	4,43	4,39
2006	129,13	65,65	4,36	21,53	14,61	4,12	4,27	4,07

Os gráficos seguintes (figuras 1, 2 e 3) ilustram a evolução da relação entre alguns grupos profissionais e a população estimada, para o período 2006–2015.

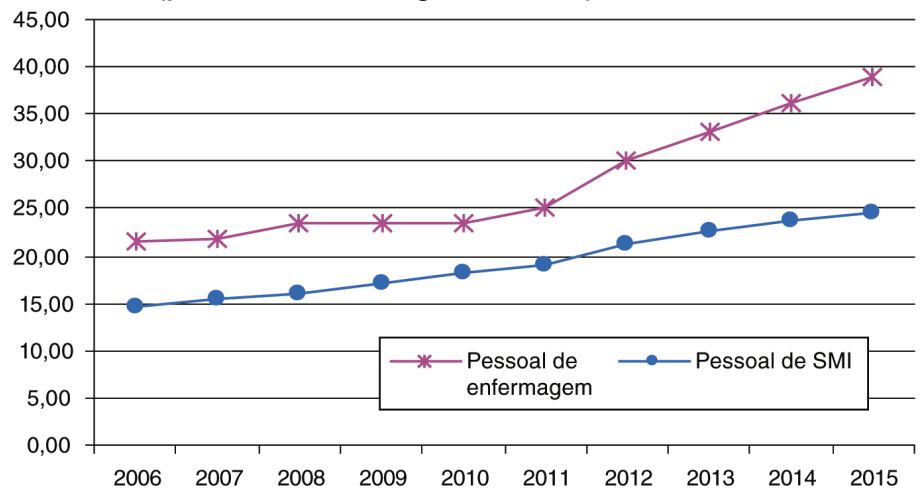
**Figura 1. Evolução do total de RHS e dos RHS específicos da saúde por 100 000 habitantes, 2006–2015**



**Figura 2. Evolução do número de profissionais por 100 000 habitantes (pessoal médico, de saúde pública e medicina preventiva, de farmácia e de laboratório) 2006–2015**



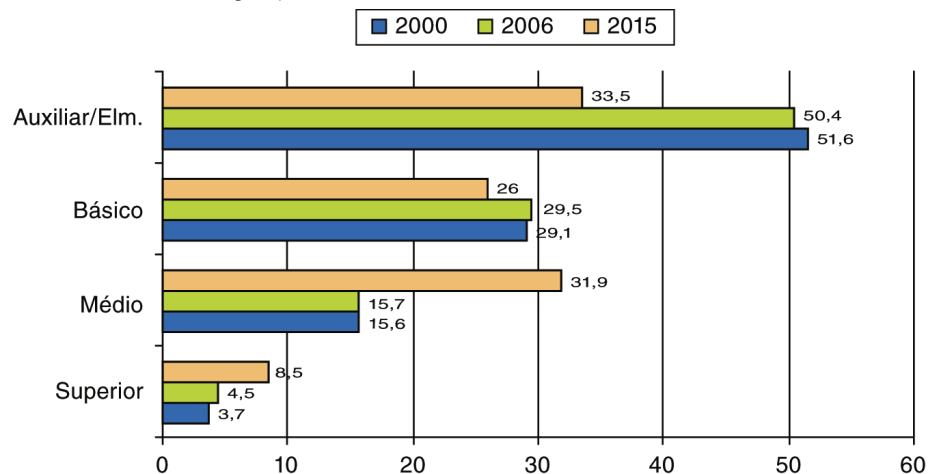
**Figura 3. Evolução do número de profissionais por 100 000 habitantes (pessoal de enfermagem e de SMI) 2006–2015**



**Níveis de formação dos efectivos do SNS, em 2000, 2006 e 2015**

Do ponto de vista da melhoria dos níveis de formação dos efectivos do SNS em 2015 (figura 4), é de realçar o crescimento acentuado dos efectivos de nível médio, a redução do peso do pessoal auxiliar e elementar e o ligeiro aumento do pessoal de nível superior. É um comportamento que se vem já definindo e que se traduzirá, com o fim dos cursos de nível básico, já em 2011, num novo quadro caracterizado pela melhoria acentuada das competências e qualificações dos profissionais do SNS.

**Figura 4. Distribuição percentual dos efectivos do SNS, por nível de formação, 2000-2006-2015**



## NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

O Ministério da Saúde é a entidade fundamental a nível da formação em cursos de nível básico, médio e médio especializado. Os programas de formação em curso para o período 2006–2010 prevêem a formação de um total de 9 437 novos graduados (399 técnicos médios especializados, 4 268 técnicos médios e 4 770 técnicos básicos). Foi estimado um volume de novos formandos, tendo em conta as percas escolares de 16,7% referidas anteriormente. Assim admite-se que cerca de 11500 formandos ingressem nas instituições de formação no período 2006–2010.

A partir de 2011, e até 2013, haverá necessidade de formar 10 912 novos formandos. Considerou-se que os últimos ingressos nos cursos de nível básico teriam lugar até 2011, pelo que a partir de 2012 ocorrerá um aumento significativo do número de formandos de nível médio. O número de ingressos previstos nas instituições de formação de saúde ao longo do período 2006–2013 atingirá um total de 22 540 (tabela 10).

**Tabela 10. Projecções dos ingressos nas instituições de formação da saúde, por tipo de cenário, 2006–2013**

Nível	Ingressos nas Instituições de Formação da Saúde								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Médio Esp.	28	29	125	270	425	325	290	190	1 682
Médio	833	606	619	1 327	1 715	2 587	2 980	3 191	13 858
Básico	689	1 342	902	1 044	1 673	1 349			6 999
<b>Total</b>	<b>1 550</b>	<b>1 978</b>	<b>1 646</b>	<b>2 642</b>	<b>3 812</b>	<b>4 261</b>	<b>3 270</b>	<b>3 381</b>	<b>22 540</b>

### Formação de pessoal médico

Quanto às capacidades de formação das faculdades de medicina existentes, incluindo as públicas e privadas, admite-se que para 2015, as mesmas possam suprir as necessidades previstas em cada um dos cenários no que respeita à formação de médicos generalistas. Já em relação à cobertura das necessidades de médicos especialistas, haverá

que continuar a recorrer a médicos estrangeiros (tabela 11). A capacidade de formação a nível nacional é diminuta e as previsões quanto ao número de novos especialistas nacionais são claramente insuficientes.

O recurso a médicos estrangeiros é uma condição fundamental para a satisfação das necessidades de recursos humanos na área da medicina. Verifica-se uma redução gradual da dependência do exterior, no que diz respeito aos especialistas, excepto em relação aos médicos de saúde pública, e na manutenção da necessidade de generalistas até 2015.

**Tabela 11. Necessidades identificadas de médicos estrangeiros**

Médicos estrangeiros	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Generalistas	47	47	54	62	69	77	84	91	99	106
Especialistas	220	220	181	143	104	66	27			
Médicos de saúde pública	1	1	3	4	6	7	9	11	12	14

Foram ainda contempladas outras áreas profissionais cuja formação tem lugar fora das instituições do Ministério da Saúde. Trata-se fundamentalmente de técnicos superiores de nível 1, de que são exemplo os psicólogos clínicos, os fisioterapeutas, técnicos de administração hospitalar e médicos dentistas. Em alguns casos trata-se apenas de repor os lugares identificados para 2006.

### **Pessoal das áreas gerais**

Nas áreas gerais, as propostas apresentadas revelam um reforço das carreiras técnica superior de N1, com acréscimos de 31,5%. Os técnicos profissionais previstos superam em 45% os existentes em 2006. É ainda de referir o forte crescimento do pessoal operário e auxiliar em todos os cenários.



## REFORMA SALARIAL E DAS CARREIRAS E SUBSÍDIOS E INCENTIVOS

É preciso simplificar o sistema de carreiras e a estrutura salarial e associar um pacote de subsídios e incentivos conducentes à consecução dos objectivos estratégicos adoptados pelo MISAU. Os seguintes princípios presidirão às negociações entre o MISAU e os Ministérios da Função Pública e Finanças:

- Definir as necessidades orçamentais para apoio aos salários dos funcionários públicos, com prioridade para a educação e saúde, compatibilizando-as com as metas macroeconómicas, reconhecendo a incompatibilidade com um tecto fiscal muito restritivo.
- Descomprimir a estrutura salarial, de forma a permitir uma colocação mais fácil de funcionários nas posições no quadro que são mais difíceis de preencher com pessoal qualificado, permitindo aumentos salariais acima dos outros funcionários no sector.
- Valorizar o pessoal com qualificações superiores de forma a retê-los no sector público.
- Valorizar as profissões específicas da saúde consideradas detentoras de competências prioritárias.
- Valorizar o pessoal a trabalhar em condições de isolamento, diferenciando e flexibilizando o sistema de incentivos para facilitar a colocação de pessoal fora dos grandes centros urbanos.
- Facilitar a reforma e pré-reforma de pessoal menos qualificado para ir abrindo posições para quadros mais qualificados.
- Planear, com metas explícitas, o crescimento do funcionalismo público na saúde, para permitir uma melhor gestão do crescimento da massa salarial.
- Simplificar e flexibilizar o sistema de carreiras.
- Melhorar o sistema de informação associado com a gestão da massa salarial, integrando-o no ORHS.

O primeiro passo na implementação de uma **reforma salarial a médio prazo** (RSMP) será a concordância do Governo sobre um pacote financeiro para apoio salarial a cinco anos. Sem esta decisão qualquer outra decisão fica limitada. O actual quadro de referência do Ministério das Finanças para orçamentação a médio prazo seria uma base adequada para tal.

Uma pré-condição para tal é esclarecer-se quantos funcionários trabalham para o sector público, onde, com que qualificações e em que condições. Isto exige que se complete a análise do recenseamento do funcionalismo público e uma reforma drástica do actual SIP, que precisa também de ser integrado com o sistema de informação salarial e com o ORHS.

Enquanto algumas das funções associadas à gestão salarial podem ser descentralizadas a concepção, as funções nucleares e a monitorização do sistema manter-se-ão centralizadas.

Esta RSMP contemplará os itens mencionados na Caixa anterior e associará a remuneração de posições de governação e administração central e provincial críticas a um regime de incentivos associado ao desempenho de acordo com critérios avaliáveis.

É virtualmente impossível ir ao encontro das expectativas de todos os funcionários quanto aos aumentos salariais a esperar do sector público. Quem recompensar mais e quem prejudicar, relativamente aos mais beneficiados, são decisões para as quais não existem regras técnicas. Estas decisões terão de ser baseadas em juízos de valor e em decisões políticas sobre as posições que são mais ou menos valorizadas. Mas, de uma forma global, **as posições já mencionadas—com mais responsabilidade, mais diferenciadas, mais escassas, mais isoladas—serão privilegiadas em termos salariais e de subsídios e incentivos.**

**A reforma das carreiras** e das expectativas associadas às suas competências, também é um importante factor de motivação. Os enfermeiros elementares são colocados à periferia para desempenharem funções abrangentes, sem formação específica para tal. Os enfermeiros generalistas básicos são utilizados para funções de enfermagem gerais em hospitais e como prestadores de CSP em centros e postos de saúde; isto resulta de uma má compreensão das suas competências e da falta de especificidade do seu papel nas equipas de saúde, especificidade esta que tem de ser reconhecida e explicitada. As tarefas dos enfermeiros de saúde materno-infantil (SMI) sobrepõem-se com as dos enfermeiros básicos, dos agentes de medicina e dos agentes de medicina preventiva; mais uma vez a especificidade de cada categoria será redefinida. A categoria de enfermeira geral na carreira técnica especializada parece, também, mal colocada e será reclassificada para a carreira técnica, de forma a permitir o desenvolvimento de enfermeiros especialistas.

Algumas carreiras—auxiliares técnicos e assistentes especializados—incluem categorias de pessoal sem expectativas de carreira (ex. ajudantes de autópsia, agentes de transladação, de electrocardiografia). Através de programas de formação eles serão encorajados a progredir para o grau de carreira seguinte (ou assistentes técnicos ou técnicos de saúde).

Percepciona-se o desaparecimento das carreiras elementares, de auxiliares técnicos e de assistentes especializados, com reclassificação progressiva dos quadros existentes nestas carreiras na carreira de técnicos médios da saúde.

No que se refere aos profissionais médicos, é reconhecida a necessidade de diferenciar entre um especialista generalista (como os médicos de família noutros países) e os licenciados em medicina não especializados.

Identificam-se alguns princípios básicos para a utilização de **subsídios e incentivos** para melhorar o desempenho em saúde<sup>13</sup>.

Os incentivos a considerar serão de carácter financeiro, material, profissional, e outros:

- **Financeiros:** subsídios de farda, acomodação ou transportes; acesso a empréstimos para compra de casa/carro, benefícios como pensão, seguros.
  - **Recomendação:** em Moçambique, muitos dos subsídios e incentivos são de carácter financeiro; estes deveriam ser orientados por regulamentos claros e transparentes e com objectivos bem definidos. O pacote será simplificado e em vez de muitos pequenos subsídios e incentivos, ter-se-á um pacote mais limitado e implicando quantitativos mais significativos. Será estabelecido um patamar máximo que este grupo de incentivos e subsídios pode assumir. Este patamar será diferenciado e maximizado de acordo com um crescente grau de isolamento<sup>14</sup>.
- **Materiais:** são incentivos com benefícios financeiros indirectos, como alimentação, roupa, acomodação, transporte, creches, cuidados de saúde gratuitos, escolas gratuitas ou subsidiadas.
  - **Recomendação:** em Moçambique tem havido menos recurso a este tipo de incentivos. O pacote de incentivos contemplará de uma forma mais insistente este tipo de apoio. Terá também em consideração a situação local: será portanto diferente de província para província, independentemente da existência de um pacote nacional de incentivos.
- **Profissionais:** são incentivos que têm a ver com o aumentar a autonomia, as responsabilidades, o acesso a formação contínua, o acesso à especialização, a seminários, conferências, congressos

<sup>13</sup> Um subsídio é um complemento salarial, durável, que tem por objectivo melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores reconhecendo por vezes especificidades do trabalho (como o cargo de chefia, o risco que lhe está associado, o trabalho por turnos), ou indo ao encontro de necessidades básicas insatisfeitas (como os subsídios de almoço, transporte, renda de casa, farda e outros benefícios sociais, associados a contributos para uma caixa de aposentações ou de doença), independentemente dos objectivos estratégicos que se pretendem alcançar. São um factor importante na motivação dos trabalhadores. Estão muitas vezes legislados para o conjunto dos funcionários públicos ou segmentos desse funcionalismo. Subsídios com diferenças não justificadas, podem criar desmotivação e produzir efeitos não desejados (como por exemplo um subsídio de refeição dos médicos ser maior do que o dos enfermeiros). Alguns subsídios, se forem oferecidos de uma forma criteriosa, poderão funcionar como incentivos (só dar subsídio de renda de casa em condições de isolamento, pode contribuir para a redistribuição/retenção do pessoal para distritos mais necessitados).

Um incentivo é algo, material ou simbólico, geralmente de carácter transitório, que influencia ou visa influenciar um ou uns determinados comportamentos associados à consecução de objectivos estratégicos. Quando se trata de influência negativa, não desejável, falamos de desincentivo ou de incentivo negativo (perverso). Um incentivo não está muitas vezes legislado, mas deve estar sempre regulamentado de uma forma transparente. Os incentivos são utilizados para melhorar o desempenho dos prestadores de serviços, e do sistema de serviços em geral ou seja para apoiar a consecução dos objectivos e metas propostas.

<sup>14</sup> O grau de isolamento deve ser estimado de uma forma diferente para cada grupo profissional. O grau de isolamento para um médico especialista deve ser definido diferentemente do isolamento de uma enfermeira.

profissionais, via rápida de promoção e outros símbolos de reconhecimento (prémios não monetários, tipo de gabinete, títulos, flexibilidade ou isenção de horário, mais dias de férias, etc.).

- **Recomendação:** em Moçambique, estes tipos de incentivos têm sido implementados de uma forma pouca regulamentada. O pacote deste tipo de incentivos será estipulado e regulamentado.
- Outros: como apoio à(o) esposa(o) para encontrar emprego.
  - **Recomendação:** em início de carreira deixará de ser possível alegar motivos familiares para não ser colocado à periferia. Existirá no entanto a possibilidade de colocação conjunta de familiares (mesmo que em sectores diferentes do mercado de trabalho) sem perda de benefícios ou penalização em termos de evolução nas respectivas carreiras (antes pelo contrário deveria haver favorecimento na evolução da carreira).

Alguns princípios a ter em linha de conta na selecção dos incentivos e subsídios a incluir nos pacotes nacionais e provinciais incluem:

- os factores de motivação e desmotivação podem ser diferentes uns dos outros em circunstâncias diferentes e em grupos profissionais distintos. A tentação de importar exemplos de outros ambientes deve ser evitada, pois o impacto dos subsídios e incentivos é específico ao ambiente e ao momento no qual estão aplicados. Por este motivo, devido às enormes diferenças entre províncias, será possível desenvolver incentivos específicos para as províncias, além de um pacote nacional;
- os subsídios e incentivos financeiros respondem somente a uma parte das necessidades e expectativas dos trabalhadores;
- os objectivos das políticas nacionais devem orientar a definição dos incentivos. Consequentemente, é importante definir claramente os objectivos que os subsídios e incentivos devem e pretendem alcançar, e escolhê-los com base numa análise válida dos comportamentos, percepções, e expectativas dos trabalhadores, pensar em termos de pacotes de incentivos (mistura de incentivos, financeiros, materiais, profissionais e outros), e lembrar que o efeito dos subsídios e incentivos deve ser monitorizado, pois com o passar do tempo pode diminuir ou ser diferente do esperado;
- a atribuição de remunerações e incentivos associados ao desempenho (àquilo que o trabalhador, equipas e unidades sanitárias de facto fazem e aos resultados para que contribuem) é teoricamente atractiva e justificada. No entanto, a saúde é uma área onde os resultados são, na sua maioria, dificilmente atribuídos a um trabalhador individualmente. Por outro lado, os indicadores para avaliação de bom desempenho têm que ser adequados a cada contexto e aos objectivos de saúde ou de serviços de saúde previamente estabelecidos. Internacionalmente a literatura na área médica mostra que a avaliação de desempenho e o estabelecimento de remunerações associadas ao desempenho é uma área com evidências controversas e não conclusivas. As evidências que ligam os incentivos a um melhor desempenho individual são

escassas. Por outro lado qualquer sistema de incentivos associados ao desempenho individual pressupõe um sistema de informação sofisticado que possibilite medição e monitorização de objectivos estabelecidos de forma célere e simples e reflexão amadurecida sobre o tipo de indicadores que poderiam ser usados para diferenciar desempenhos individuais. No momento actual, os incentivos que estiverem associados a indicadores de produtividade, desempenho ou resultados, prémios de bom desempenho, estarão geralmente associados a indicadores do desempenho das equipas ou institucional. Estes traduzir-se-ão na possibilidade dada a uma equipa de escolher uma melhoria na sua US quer para o seu conforto ou melhoria da qualidade dos serviços e atendimento;

- mas, o mais importante é lembrar que a prioridade absoluta é resolver os problemas básicos que induzem comportamentos indesejáveis e desmotivação, **como vencimentos atrasados, salários que não permitem viver dignamente, riscos ocupacionais (infecções), condições de trabalho difíceis (falta de luz, água, equipamento não funcional), sobrecarga de trabalho e processos de gestão injustos ou pouco claros. Os incentivos só podem produzir o resultado esperado quando as condições básicas forem garantidas.** Os vencimentos inadequadamente baixos levam os profissionais a várias estratégias de adaptação, algumas de natureza predatória, como obrigar ao pagamento de tarifas adicionais e ilegais, venda de medicamentos da organização, desvio de doentes para a clínica privada, competição pelo tempo, conflitos de interesses, migração.

Os estudos consultados sobre incentivos em Moçambique, os grupos focais com profissionais e as entrevistas a gestores do SNS apontam, de uma forma geral, para dificuldades nos procedimentos de atribuição dos subsídios previstos na lei, o seu atraso ou incumprimento. Por outro lado, apesar da boa opinião sobre a existência de vários tipos de incentivos, estes não são aplicados de forma consistente por falta de financiamento. Os profissionais reclamam, **pelo menos, o cumprimento da lei, a melhoria das condições de trabalho e valorizam bastante a residência, oportunidades de formação, e apoio ao transporte como incentivos.**

**Tabela 1. Subsídios, suplementos e incentivos—situação actual e propostas**

Subsídios e incentivos	Situação actual	Proposta	Comentários	Resultados esperados
<b>Pacote nacional comum: com base no OGE</b>				
<b>Bónus especial (de isolamento)</b>	Legislado. 4 grupos conforme sítio de colocação. Aplica-se a todos os técnicos superiores e médios com especialidade.	Rever a legislação. Agravar diferenças do bónus entre níveis de isolamento e garantir o bónus para todos os profissionais de saúde em igualdade de circunstâncias. Trabalhadores na cidade de Maputo não são elegíveis. Aumentar o valor deste bónus para 100% para níveis de grande isolamento para as profissões prioritárias.	Contabilizar com salário para fins de estimativa da pensão de reforma. Forma de minorar os receios da perda de remuneração com a reforma.	Colocação e retenção de pessoal em situações isoladas
<b>Subsídio de exclusividade</b>	Legislado.	Rever a legislação. Aumentar o valor do subsídio de exclusividade para grupos profissionais considerados prioritários.		Retenção do pessoal no sector público
<b>Subsídio de turno</b>	Legislado.	Aumentar o valor deste subsídio.		Disponibilidade para trabalhar horas incómodas
<b>Subsídio de urgência</b>	Legislado.	Aumentar o valor deste subsídio.		Disponibilidade para trabalhar horas incómodas
<b>Subsídio de chefia, direcção e confiança</b>	Legislado. Complementado por financiamento dos parceiros através do pró-saúde.	Elaboração de um regulamento da componente não legislada, identificando critérios de atribuição. Ligar a dimensão do subsídio recebido a processos de avaliação de desempenho dos dirigentes.		Disponibilidade para assumir cargos que não se inserem no projecto profissional de uma carreira em saúde
<b>13ª Mês</b>	Legislado.	Rever condições de atribuição. Atribuir só em situações de isolamento.		Factor de motivação, retenção no sector público
<b>14ª Mês (bónus de rendibilidade)</b>	Legislado.	Rever condições de atribuição. Atribuir só em situações de grande isolamento.		Factor de motivação e de retenção em áreas isoladas
<b>Segurança (assistência) social</b>	Legislado. Atribuído aos sobreviventes para despesas de funeral.	Manter a situação existente. Acrescentar um fundo para compra de medicamentos salva-vidas que não se encontram no circuito público em prol dos trabalhadores.		Factor de motivação, retenção no sector público
<b>Cuidados de saúde gratuitos</b>		Regulamentar de uma forma mais clara.		Factor de motivação e de retenção no sector público



Subsídios e incentivos	Situação actual	Proposta	Comentários	Resultados esperados
<b>Habitação</b>	É política construir casas para RHS junto à construção ou reabilitação de US. Permanece propriedade do MISAU	Aumento significativo na construção das casas, junto à requalificação da rede sanitária, para alojar o novo pessoal previsto.		Factor de retenção no sector público
<b>Atribuição de terrenos</b>	Existem algumas experiências neste sentido	Articular com atribuição de habitação. Atribuído no local de colocação. Introduzir mecanismos de restituição no caso de abandono do posto de trabalho. Associar a mecanismos de atribuição de créditos de construção em condições favoráveis.		Factor de retenção no sector público em áreas isoladas.
<b>Incentivos, variáveis, a serem considerados em pacote de carácter provincial: com base em fundos externos</b>				
<b>Subsídio de risco</b>	Legislado.	Rever obrigatoriedade.		Prémio por sujeição a condições de risco não evitáveis
<b>Subsídio de almoço</b>	Financiado pelos parceiros através do pró-saúde.	Manter para técnicos médios e básicos. Excluir técnicos superiores. Onde atribuído, idêntico para todos os trabalhadores independentemente da categoria profissional.		Melhoria das condições de vida do trabalhador; factor de motivação, retenção no sector público
<b>Subsídio de abono de família</b>	Legislado. De facto não é pago por problemas burocráticos e administrativos.	Rever obrigatoriedade. Simplificar os procedimentos administrativos, dentro do possível.		Factor de motivação, retenção no sector público
<b>Subsídio de desempenho de chefias</b>	Não existe neste formato	Associar a remuneração de posições de administração central e chefias, a um regime de incentivos associado à consecução dos objectivos de execução.		Disponibilidade para assumir cargos que não se inserem no projecto profissional de uma carreira em saúde
<b>Viaturas (manutenção e senhas para combustível)</b>	Prática não regulamentada	Regulamentar. Articular com subsídios de chefia e direcção.	Considerar isenção fiscal para importação de carro próprio	Disponibilidade para assumir cargos que não se inserem no projecto profissional de uma carreira em saúde

Subsídios e incentivos	Situação actual	Proposta	Comentários	Resultados esperados
<b>Comunicação subsidiada</b>	Prática não regulamentada	Regulamentar. Articular com subsídios de chefia e direcção (para todas as chefias, desde unidades sanitárias, até órgãos centrais).		Disponibilidade para assumir cargos que não se inserem no projecto profissional de uma carreira em saúde
<b>Kit de instalação</b>	Prática não regulamentada	Regulamentar. Restringir a colocações em regiões isoladas.		Factor de redistribuição para zonas isoladas
<b>Kit de manutenção</b>	Prática não regulamentada	Regulamentar. Restringir a colocações em regiões isoladas.		Factor de retenção para zonas isoladas
<b>Prémios de desempenho para: APE (anexo IV) Brigadas móveis</b>	Não prevista	Atribuir prémios financeiros pela consecução de indicadores de cobertura (vacinações, partos institucionais, etc.)		Aumento de produtividade. Orientar para indicadores de produtividade associados com os ÓDM
<b>Prémio de antiguidade no posto</b>	Não previsto	Considerar para grupos profissionais prioritários.		Retenção no sector público e no local de trabalho
<b>Electricidade e painéis solares</b>	Existe alguma experiência.	Estender a montagem de painéis solares a 200 outros pequenos CS rurais.		Factor de motivação
<b>Subsídios de renda de casa</b>	Não prevista	Bónus particular para profissionais colocados em províncias ou distritos diferentes dos originários, sem habitação.		Factor de redistribuição e retenção em zonas isoladas
<b>Empréstimo bonificado para compra de casa</b>	Não prevista			Factor de motivação, retenção no sector público
<b>Bolsa de estudos para filhos de trabalhadores</b>	Não prevista	Legítimo para trabalhadores afectos ao meio rural; pode-se procurar disponibilidade de vagas nas IF's provinciais.		Factor de redistribuição e retenção em zonas isoladas
<b>Subsídio para tratamento no estrangeiro em caso de condições graves</b>	Prática não regulamentada (?)	Regulamentar.		Factor de motivação e de retenção no sector público



Subsídios e incentivos	Situação actual	Proposta	Comentários	Resultados esperados
<b>Participação em acções de formação contínua</b>	Não existe actualmente	Atribuir direito a um número mínimo formações por período de tempo (exemplo, uma formação cada três anos).		Factor de motivação e de retenção no sector público
<b>Diferenciação de número de dias de férias remuneradas</b>	Não existe actualmente	Pacote mínimo nacional. Inflacionar direito de férias para trabalhadores em áreas isoladas.		Factor de redistribuição e retenção em zonas isoladas
<b>Reforma</b>	Legislado	Contagem inflacionada do tempo de serviço em zonas periféricas, permitindo reformas antecipadas com benefícios plenos.		Factor de redistribuição e retenção em zonas isoladas
<b>Progressão na carreira</b>	Legislado	Contagem inflacionada do tempo de serviço em zonas periféricas, permitindo progressões mais rápidas nas carreiras.		Contagem inflacionada do tempo de serviço em zonas periféricas, permitindo reformas antecipadas com benefícios plenos
<b>Subsídio de campo</b>	Legislado.			Factor de motivação
<b>Subsídio de deslocação/ ajudas de custo</b>	Legislado.		Tem tido um efeito perverso	Factor de motivação
<b>Subsídio de disponibilidade permanente</b>	Não existe actualmente	Para trabalhadores em áreas isoladas que estão sempre disponíveis.		Factor de motivação e de retenção em zonas isoladas
<b>Horas extraordinárias</b>	Legislado.			Factor de motivação

## REVITALIZAÇÃO DO PROGRAMA DOS APE

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tem um peso importante na prestação de cuidados de saúde, particularmente nas zonas rurais menos cobertas pelo SNS e espera-se que este peso aumente. São um importante instrumento da política de proximidade com as populações, e de mobilização e participação activa.

As categorias de ACS têm-se diversificado com o envolvimento de ONG no sector da saúde, particularmente na procura de soluções para o crescente problema de VIH/SIDA. Estes ACS incluem não só os agentes polivalentes elementares (APE), mas também outros trabalhadores, sem ou com formações diversas.

Os antecedentes da utilização dos ACS em Moçambique datam da altura da independência.

Em reconhecimento da cultura tradicional, tentou-se mobilizar profissionais tradicionais (ex. parteiras tradicionais [PT]) para apoio a actividades do SNS. Um exemplo é a formação das PT<sup>15,16</sup>, de 1991 até 1998 e que apoiou 3 734 PT, 1/3 na Zambézia. Em 1995, uma avaliação do seu trabalho, foi cautelosamente positiva mas, mais recentemente, as avaliações foram menos entusiásticas (Ministério da Saúde 1995, Ministério da Saúde 1999). A política corrente é de continuar o apoio às PT que conduzem pelo menos 50 partos por ano. Esta intervenção é reconhecida como tendo um baixo rácio de custo/efectividade e como não tendo impacto na mortalidade materna. As parteiras profissionais devem colaborar com o SNS através dos APE.

O programa dos APE foi implementado em Moçambique, pouco depois da independência, no modelo dos “médicos de pé descalço” chineses. Treinados nos princípios básicos da medicina moderna para enfrentar as doenças mais frequentes no meio rural e, sobretudo, promover os cuidados primários de medicina preventiva e saneamento do meio, foram concebidos como quadros “comunitários”, destinados a serem sustentados pela comunidade servida.

Em Moçambique, assim como noutros países em que foram levadas a cabo experiências semelhantes, os resultados foram duvidosos (numa primeira fase, a maior parte dos APE abandonou a actividade); uma avaliação sistemática (1994)<sup>17</sup> salientou que os APE ambicionavam ser quadros do SNS e manifestavam um forte sentido de pertença ao sistema; por sua vez, as comunidades rurais tendiam a considerá-los como “enfermeiros” e não subsidiavam a sua actividade. Esta situação engendrava frustração e levava a abandonos. Os APE prestavam

<sup>15</sup> Gloyd S, Floriano F, Seunda M, Chadreque MA, Nyangezi JM, Platas. 2001. A. Impact of traditional birth attendant training in Mozambique: a controlled study. *J Midwifery Women's Health*; 46(4):210-6.

<sup>16</sup> Thomas WW. 2002. Impact of traditional birth attendant training in Mozambique: a controlled study. *J Midwifery Women's Health*;47(1):65-6.

<sup>17</sup> Ali F, Mucache D, Scuccato R. Avaliação do Programa dos APE, MISAU, Cooperação Suíça, 1994.

serviços de tipo curativo (conforme o que a população queria e esperava deles), e quase nunca de saneamento do meio<sup>18</sup>, educação de saúde e mobilização; contudo, a sua produtividade era baixa, faltavam medicamentos e materiais e denunciavam insuficiências graves seja no tratamento de condições clínicas como a malária, seja na gestão comunitária de doenças com grande impacto social, como a TP, DTS e SIDA. O estudo concluiu que “todas as evidências apontam para uma insustentabilidade futura do programa”, perguntando-se se valeria “à pena efectuar estudos ulteriores nesta área”.

Entretanto, cerca de **400–700 APE mantiveram-se activos** até agora, continuando a receber os kits C de medicamentos e enviando informação às DDS; programas de formação e apoio a estes quadros mantêm-se nas áreas onde houver ONG interessadas. Reconhece-se que é um número elevado de elementos que, se forem melhor formados e supervisionados, podem ter um papel importante na interface SNS-comunidades.

Mais recentemente, em resposta à epidemia do VIH, houve um desenvolvimento significativo em termos de, por exemplo cuidados básicos ao domicílio<sup>19</sup>. Estes cuidados são usualmente prestados pelas ONG com o apoio de activistas ou visitantes de saúde, com uma formação prática mínima. Esta transferência de funções para trabalhadores leigos é apresentada como uma forma de reduzir a sobrecarga da actual força de trabalho do SNS e poderia envolver um leque diversificado de tarefas:

---

<sup>18</sup> Entretanto, de acordo com outras experiências, as actividades de saneamento do meio eram bastante praticadas quando os APE trabalhavam nas aldeias.

<sup>19</sup> Asghar J, Gimbel-Sherr S, Sherr K, Chadreque MA, Floriano F, Mercer MA. 2003. *Annual Report 2003*. Health Alliance International, Central Mozambique Child Survival and Maternal Care Programme. FAO-A-00-98-00054-00. Beginning date: September 30, 2002. Ending date: September 30, 2007 Submitted October 30, 2003 by Health Alliance International, Seattle, Published documents.

**Actividades de Aconselhamento & Testagem (A&T)**

- Realizar actividades de ATV para o HIV com aconselhamento pré- e pós-teste;
- Realizar actividades de A&T aos pacientes no contexto clínico (internados & aos pacientes referidos pelo pessoal médico);
- Realizar actividades de aconselhamento pré-TARV, TARV e seguimento de adesão;

**Actividades de Orientação em Saúde**

- Ser capaz de promover e dinamizar as seguintes actividades de educação para a Saúde:
- Educar os pacientes nas US sobre várias doenças<sup>20</sup> endémicas/sazonais comunicáveis e não-comunicáveis características de cada região/zona;
- Educar todos os pacientes numa US sobre os sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento, e necessidade de adesão ao tratamento<sup>21</sup> da TB e ainda apoiar todos os doentes suspeitos de TB sobre como fazer um escarro de boa qualidade;
- Educar os pacientes na promoção de bons hábitos de higiene e nutrição;
- Apoiar as enfermeiras SMI na educação a ser dada às mulheres grávidas no âmbito da PTV.

**Outras actividades**

- Identificar os recursos disponíveis na comunidade e estabelecer sistemas de referência e contra-referência de acordo com as necessidades identificadas e coerentes com a realidade onde actua (cuidados domiciliários, apoio alimentar, assistência jurídica, assistência social, programas de geração de rendimento);
- Ser capaz de fazer testagem rápida da malária aos doentes suspeitos das US periféricas com falta de pessoal e/ou sem laboratório. (aqui + o próximo fica o "ser capaz"... porque só deveria ser uma excepção...);
- Ser capaz de fazer testagem rápida da sífilis com aconselhamento pós-teste aos doentes suspeitos dos US periféricas com falta de pessoal e/ou sem laboratório.

O PESS 2001 (2005)–2010 e o PESS 2007–2012 identificaram como um objectivo prioritário desenvolver acções tendentes à mobilização e ao envolvimento das comunidades na promoção e defesa da sua própria Saúde. As estratégias identificadas para tal incluem “Definir o perfil dos trabalhadores comunitários“ e “Revitalizar o programa nacional dos APE”. Estas orientações foram confirmadas em Junho de 2007 na Reunião Nacional de Envolvimento Comunitário, que concluiu, *inter alia*, que:

- O envolvimento comunitário ainda não é bem compreendido pelos quadros do sector de saúde a vários níveis, que não estão preparados para desenvolver actividades de envolvimento comunitário;
- A maior parte das iniciativas de envolvimento comunitário nas províncias são das ONG;
- Não existe uma orientação clara em relação à implementação das actividades de envolvimento comunitário;
- A cobrança de consultas e venda de medicamentos pelos APE não difere do exercício de clínica privada;

<sup>20</sup> Tocando sintomas, prevenção & tratamento das doenças escolhidas

<sup>21</sup> Isto vai ser muito mais importante ainda no âmbito do DOT comunitário que é proposto como nova abordagem pelo PNLT no ano 2007.

- A formação de APE e Socorristas, embora feita pelas DPS em parceria com as ONG,'s não obedece critérios uniformes;
- Há disparidades no pagamento de incentivos aos ACS.

Nesta Reunião Nacional foram produzidas recomendações, que incluem:

- Que se defina claramente o conceito de supervisão porque muitas vezes os dados enviados não são verdadeiros e durante a supervisão deve-se confrontar os mesmos com a realidade;
- Que se analise a questão dos “conselheiros” na área de HIV/SIDA que começam a exercer pressão para a sua integração no SNS;
- Que se discutam os critérios de selecção dos ACS e funcionamento dos ACS;
- Que se revitalizem as acções de formação dos APE;
- Que se actualizem os programas de formação dos APE;
- Que se supervisionem as actividades dos APE;
- Que se melhorem os mecanismos de coordenação entre os vários intervenientes para o alargamento da cobertura de unidades sanitárias;
- Que se envolva a comunidade no processo de selecção dos APE;
- Que a responsabilidade pela formação dos APE seja da DPS numa unidade sanitária com um médico ou técnico de medicina;
- Os materiais de formação dos APE devem ser revistos para a integração da formação das parteiras tradicionais;
- Que a DNPSCD em articulação com o DPC e o DIS, reflectam sobre os mecanismos de monitoria e avaliação;
- Que hajam acções de melhoria das condições de saneamento do meio e promoção da saúde porque a situação das nossas escolas é deprimente;
- Que a avaliação dos APE seja conjunta entre a comunidade e Direcções Distritais de Saúde;
- Que se incluam nos curricula de formação dos APE matérias relacionadas com a nutrição comunitária e valores culturais.

Tendo em conta as orientações políticas no sentido de reactivar o programa dos APE é essencial a clarificação:

- Da nomenclatura
  - A clarificação deveria permitir o levantamento da informação relativa a APE, voluntários, activistas etc., que mantêm, duma forma ou da outra, alguma ligação com o SNS, identificando perfis de actividades que permitam uma melhor classificação dos tipos da ACS existentes no país e decidir-se por uma nomenclatura harmonizada e oficial.

- Dos valores e princípios
  - Os ACS deverão ser orientados por um código deontológico explícito e orientado por valores de serviço público.
- Do número necessário
  - Em geral o ACS deverá servir entre 500 a 2 000 pessoas, em comunidades, preferencialmente rurais, mal cobertas pela actual rede do SNS. Seriam portanto necessários entre 7 000 a 10 000 ACS, numa primeira leva.
- Da selecção

Em geral, o ACS deverá:

- Ser uma pessoa idónea com a confiança da comunidade;
- Ter recebido formação específica com aproveitamento;
- Ter motivação para educar, apoiar e cuidar de outros;
- Ter pelo menos o nível primário de escolaridade;
- Escrever e falar Português e falar língua local.
- Das atribuições e da formação inicial
  - A formação dos ACS deve ser feita, num semestre, de acordo com curricula acreditados em IF acreditadas pelo MISAU;
  - Esta formação deverá considerar as atribuições dos ACS nas comunidades onde vão ser/estão colocados. Essas atribuições podem ser de aconselhamento, rastreios populacionais, saneamento do meio – abastecimento de água e construção e manutenção de latrinas, identificação de grávidas e reencaminhamento para equipas de saúde, identificação de partos domiciliários e reencaminhamento para equipas de saúde, identificação de crianças não vacinadas e reencaminhamento para equipas de saúde, assim como outras acima identificadas. Os serviços por eles prestados deverão ser gratuitos.
- Do registo
  - Com a instalação de uma ordem para as profissões de saúde, estes trabalhadores deveria receber uma carteira profissional desta ordem e submeter-se aos seus regulamentos.
- Das condições de trabalho
  - O equipamento de transporte, comunicação e de intervenção técnica devem estar claramente identificados e atribuídos de forma a criar condições técnicas conducentes à biossegurança do ACS e ao seu bom desempenho.
- Das recompensas
  - As recompensas pelo trabalho prestado em prole dos objectivos do SNS poderão ser de ordem vária: de subsídios regulares (ex. subsídio de alimentação e de uniforme), subsídios associados ao desempenho (ex. relacionados com metas de cobertura das vacinações, partos institucionais, latrinas em boas condições, etc.) e de benefícios comuns aos outros trabalhadores da saúde

(ex. tratamento gratuito e prioritário na rede das US do SNS). Deverão ser gratificados abaixo do salário mínimo nacional, de acordo com mecanismos remuneratório semelhantes aos utilizados para os extensionistas do Ministério da Agricultura.

- Da gestão
  - A gestão tem sido o calcanhar de Aquiles em muitos países, incluindo Moçambique. **Deve portanto ser profissionalizada.** Recomenda-se que os ACS integrem um quadro de pessoal voluntário, devidamente regulamentado pelo MISAU, mas gerido e financiado através de uma das várias Fundações existentes no país. A Fundação coordenaria o recrutamento com as comunidades, responsabilizar-se-ia pela formação inicial, desenhará o plano de trabalho individual, fará a gestão da formação contínua, e responsabilizar-se-ia pela supervisão do trabalho, pelo fornecimento dos Kit C, e pelo pagamento das recompensas. Negociaria também com o MISAU os benefícios de tratamento sem custos e prioritário para os ACS e seus familiares directos na rede do SNS. Estas actividades poderiam também ser realizadas directamente ou em regime de contratualização com ONG ou com o sector privado.
  - A Fundação deverá ser “orientada” por um grupo de representantes das comunidades de onde foram seleccionados os ACS. Esta comissão, de 30 representantes deverá ser eleita por dois anos e não será possível servir dois mandatos seguidos. Será integrada por financiadores, por elementos do MISAU e das DPS. Reunir-se-á obrigatoriamente uma vez por ano.
- Das relações com o SNS, DPS, SDS
  - Os ACS são, de facto, de âmbito provincial e distrital; e deveriam articular-se com as equipas de saúde locais, criando-se mecanismos de actuação harmonizada de todos os ACS com os agentes e técnicos de medicina preventiva. Estas equipas deveriam reconhecer o trabalho dos ACS através de folhas de presença e de resultados, que seriam monitorizados pela equipa de gestão da Fundação.
- Do financiamento
  - O financiamento deveria ser assegurado directamente pela comunidade doadora através da Fundação gestora.
- Dos “factores de estabilização” que levaram um número importante destes elementos a continuar as suas actividades<sup>22</sup>, nas actuais circunstâncias adversas.

Cabe ao MI-PNDRHS (anexo VI) promover e orientar o desenvolvimento deste programa e contratualizar com uma ou mais fundações idóneas a sua execução.

---

<sup>22</sup> Existem evidências que o factor estabilizador foi o “kit C”. É um facto que em muitas províncias é o Departamento Farmacêutico que tem a única informação disponível sobre os APE. O kit C passou a constituir, ao que parece, “o vencimento” dos APE.



## ESTIMATIVA DOS CUSTOS DE EXECUÇÃO

### INTRODUÇÃO

A estimativa de custos do PNDRHS visa a apresentar as implicações financeiras reais da implementação completa deste, dentro dos prazos estabelecidos. **Para além dum instrumento de advocacia, este exercício serve como uma base para a actualização anual do Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) desenvolvido pelo sector saúde.**

Adicionalmente as despesas directamente ligadas à área de recursos humanos, as despesas do sistema de serviços de saúde como um todo não podem ser omitidas, pelo que a implementação da estratégia traçada depende em grande parte do reforço do sistema existente. Ao mesmo tempo, o reforço e melhoria da área dos recursos humanos implicam custos de funcionamento mais elevados ao nível das unidades sanitárias.

O presente anexo apresenta as implicações financeiras correspondentes às decisões tomadas relativamente à política salarial e ao cenário de crescimento do pessoal escolhido pelo MISAU (anexo II).

### MÉTODOS

De modo geral, as projecções foram feitas de “baixo para cima”, utilizando como base, onde disponíveis, os custos unitários estimados e metas para diversas componentes do plano. A despesa prevista foi ajustada anualmente para a taxa de inflação projectada e o câmbio utilizado é de 1 USD=25,575 MTn. Foram identificadas oito componentes de custo principais, nomeadamente:

1. Salários e subsídios
2. Incentivos
3. Médicos estrangeiros
4. Formação inicial
5. Formação contínua
6. Bolsas e pós-graduação
7. Gestão de Recursos Humanos
8. Agentes Polivalentes Elementares (APE)
9. Implementação do plano

Para além destas componentes, apresenta-se também uma estimativa geral das despesas correntes necessárias ao funcionamento das Unidades Sanitárias ao longo dos próximos anos.

**Salários, subsídios e incentivos:** Incluem o vencimento base dos trabalhadores e os principais subsídios e incentivos aos quais estes têm direito como funcionários públicos, nomeadamente a gratificação de



chefia, bónus especial, subsídios de risco, turno, abono de família e horas extras. Para o cálculo do salário base, utilizou-se como base o salário médio em cada nível e carreira<sup>23</sup>, segundo as tabelas salariais de 2006.

Os subsídios foram calculados com base numa percentagem média por nível e carreira do vencimento bruto do pessoal. Adicionalmente foi incluído o subsídio de urgência que entrou em vigor em 2007, calculado a partir dos valores deste subsídio por nível e carreira do trabalhador e número de unidades sanitárias existentes e previstas até 2015.

São também considerados os incentivos pagos com fundos externos, e outros incentivos introduzidos pelo MISAU, tais como os kits de instalação e de subsistência, o pagamento inicial de alojamento para pessoal colocado nas capitas provinciais, prémios para os trabalhadores, etc.

A projecção da despesa em incentivos parte do princípio que, apesar duma necessidade de alterar o conteúdo do pacote de incentivos actualmente existente ao nível do MISAU, a dimensão destes relativamente à massa de “salários e subsídios” deve permanecer a mesma<sup>24</sup>. Nesta perspectiva, a despesa em incentivos foi calculada com base na percentagem actual das despesas em salários e subsídios que estes representam<sup>25</sup>, aplicada à despesa prevista cada ano. Para evitar distorções nos valores obtidos devidas as diferenças dos salários previstos nas três variações discutidas acima, a percentagem foi aplicada apenas para a variação A e o valor absoluto derivado mantido para as duas outras variações em cada cenário. Esta abordagem permite que a variação no valor dos incentivos seja dependente apenas do número de trabalhadores e preços em cada ano (ajuste para a inflação). A projecção das despesas com salários e remunerações foi feita com base na projecção das necessidades de pessoal, multiplicado pelo salário bruto, isto é incluindo vencimento base e subsídios adicionais, de cada trabalhador.

O MISAU tomou as seguintes decisões relativas à política salarial desejável até 2015:

- Será valorizado o trabalho das carreiras específicas de forma diferencial, sendo que:
  - Os trabalhadores de nível elementar e básico (carreira específica) terão um aumento de 75% sobre o seu salário base;

---

<sup>23</sup> Dado que grande parte dos trabalhadores se encontram nas categorias mais baixas em cada nível/carreira, a utilização da média leva a uma subestimação dos salários reais. De facto, na maioria dos casos, os trabalhadores não têm vindo a ser promovidos/progredidos por falta de cabimento orçamental e/ou lentidão com a qual os processos avançam. Nesta perspectiva, optou-se por um salário médio, com vista a apresentar as necessidades reais dum sistema de progressão e promoção em bom funcionamento e contando que os trabalhadores serão colocados nas categorias certas, de acordo com anos de serviço, formação, etc.

<sup>24</sup> Dado que a política de incentivos do MISAU ainda não foi finalizada, não é possível, neste momento, proceder à uma estimativa de custos de baixo para cima, isto é, estimando o valor de cada tipo de incentivo, com base no número de beneficiários e custo unitário deste.

<sup>25</sup> A análise da despesa e 2006 mostra que o valor gasto em incentivos correspondeu à 26% das despesas em salários e remunerações, incluindo todas as fontes de financiamento destes últimos (OE, Fundo Comum Provincial e PROSAUDE).

- Os trabalhadores de nível médio e superior (carreira específica) terão um aumento de 50% sobre seu salário base;
- Todos os trabalhadores da carreira específica terão um subsídio de renda, correspondente a 25% do salário base;
- Estes aumentos serão efectuados num determinado ano e nos anos seguintes os salários serão ajustados de acordo com a inflação prevista;
- Os trabalhadores do regime geral beneficiarão dum aumento salarial anual correspondente à inflação prevista;
- Os subsídios e incentivos continuarão a ser integrados na massa salarial e são calculados como uma percentagem dos salários e remunerações ANTES da introdução duma política salarial;
- Mantém-se o bónus especial mas, se possível, este deveria ser integrado no salário base<sup>26</sup>.

**Médicos estrangeiros:** O cálculo de custos de médicos estrangeiros foi feito com base na diferença entre necessidades estimadas e médicos moçambicanos generalistas e especialistas a serem formados até 2015, considerando a capacidade de produção destes pelo país. Foi utilizado um salário médio de 3000 USD mensais para o salário destes.

**Formação inicial:** Considera-se que a formação inicial é composta por seis sub-componentes de custo principais:

- Primeiro, os custos fixos das Instituições de Formação (IF), que correspondem as despesas de funcionamento e não variam directamente com o número de alunos.
- Segundo, os custos variáveis por aluno são calculados com base no número de alunos e nível/tipo de curso que seguem. O custo estimado por aluno por ano varia de 2 300 para 3 500 USD, com uma média de cerca de 2 920 USD por ano.
- Terceiro, o valor estimado para as aquisições centrais foi previsto para a compra de livros e material didáctico duradouro.
- Os investimentos na rede de formação, que constituem a quarta componente, foram previstos para os três primeiros anos de implementação do plano, com vista a reforçar a capacidade de formação de forma acelerada.
- Quinto, o custo de capacitação de docentes corresponde ao pagamento dum mestrado em ensino a todos os docentes de nível superior e duma licenciatura para os docentes de nível médio.
- Finalmente, foi julgado importante reflectir nos custos a contratação de entidades privadas para oferecer serviços de ensino, sobretudo nos primeiros anos, em que ainda estará sendo reforçada a capacidade de formação.

---

<sup>26</sup> Esta decisão implica mudanças significativas no custo total inicialmente previsto, pelo que todos os cenários desenhados e variações dentro destes consideravam que este subsídio seria abolido.

**Formação contínua:** A principal componente da despesa na área de formação contínua diz respeito as formações a serem realizadas ao nível central e provincial. A estimativa de custo utiliza o custo médio calculado por participante por dia para formações de nível central/regional e provincial<sup>27</sup> e baseia-se, por um lado, na necessidade de garantir que formações sejam realizadas em todas as áreas chave do sector, incluindo aquelas que têm vindo a ser mais negligenciadas (doenças crónicas, saneamento do meio, etc.). Por outro lado, foi tomada em consideração a capacidade do departamento de formação ao nível central e repartições ao nível provincial para coordenar e gerir as formações previstas. Parte-se do princípio que a capacidade em ambos níveis irá aumentar progressivamente ao longo dos próximos anos, permitindo assim a realização de formações adicionais. A segunda componente apresenta o custo para reforçar as repartições provinciais de formação contínua, incluindo sobretudo a compra de equipamento para as salas de formação.

**Bolsas e pós-graduação:** As despesas nesta componente consistem no custo de especialização de médicos moçambicanos, que incluem os estágios no exterior, bem como as bolsas a serem atribuídas dentro e fora do país aos trabalhadores de saúde. Enquanto o custo de especialização foi calculado com base nas projecções existentes do número de especialistas a serem graduados ao longo dos próximos anos, o custo das bolsas considera que a percentagem actual de beneficiários de bolsas dentro e fora do país mantém-se até 2015. Enquanto o custo médio anual por médico em especialização calculou-se em 91,478 MTn, o custo médio anual por estudante para uma bolsa dentro e fora do país foi estimado em 93,174 e 518,029 MTn respectivamente.

**Gestão de Recursos Humanos:** Nesta área foram incluídos, em primeiro lugar, os custos estimados necessários para proceder a formação em gestão dos gestores das Unidades Sanitárias do país, que será realizada pelo CRDS. Segundo, foi calculado o custo de instalação e manutenção do sistema intranet em todas as Províncias, bem como a capacitação institucional dos distritos para proceder a gestão de recursos humanos, que deve incluir a aquisição de computadores nos distritos onde existem condições necessárias para este efeito. Terceiro, foram calculados os custos de desenvolvimento dum Observatório de Recursos Humanos, com base na estimativa feita pela OMS para esta actividade na região subsaariana.

**Agentes Polivalentes Elementares:** O custo do APE apresentado foi baseado na proposta do MISAU para o apoio da GAVI HSS (Fortalecimento do Sistema de serviços de saúde) e inclui a formação destes, remuneração e aquisição de kits C. De acordo com a proposta, até 2012 o sistema contará com 3 000 APES, cujo salário previsto mensal é de 60 USD.

---

<sup>27</sup> O custo unitário calculado por participante por dia varia de 3,496 a 2,146 MTn, dependendo do âmbito da formação e nível do trabalhador. O custo inclui per diem, alimentação, transporte, remuneração de facilitadores, material didáctico.

**Implementação do PNDRHS:** Os custos associados a esta componente incluem as despesas previstas para o MI-PNDRHS responsável pela implementação do plano, bem como a assistência técnica prevista para as actividades apresentadas no plano. Quanto as despesas do MI-PNDRHS, são essencialmente previstas viagens dentro do país, a realização de seminários nacionais, bem como assistência técnica de longa duração e/ou remuneração para os membros do grupo. Os custos relativos a assistência técnica foram projectados com base no tipo de apoio que previsto (AT nacional, regional, internacional, etc.) e duração do mesmo.

**Sistema de serviços de saúde:** As despesas associadas ao sistema de serviços de saúde apresentadas aqui incluem a previsão das despesas de funcionamento das Unidades Sanitárias e do sistema de apoio. As projecções em relação as despesas de funcionamento baseiam-se na estimativa de custos do Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) 2007–2015 e inclui medicamentos, bem como despesas específicas aos programas de saúde.

## **CUSTO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PNDRHS 2008–2015 COM BASE NA POLÍTICA SALARIAL PREVISTA**

A seguir é apresentada a projecção de custos do PNDRHS 2008–2015, com base nas decisões tomadas pelo MISAU.

### **1. Despesa anual e total com a implementação do PNDRHS 2008–2015**

O tabela 1 apresenta o resumo global da despesa anual e total estimada necessária para a implementação atempada e completa do PNDRHS 2008–2015. O custo total estimado é de quase 53 mil milhões de MTn, o que corresponde à 2 mil milhões de USD. As despesas projectadas aumentam de 3,2 mil milhões de MTn no primeiro ano de implementação do plano para quase 10,2 mil milhões em 2015. Comparando estes resultados com a despesa apurada em 2006 (1,5 mil milhões)<sup>28</sup>, significa que o sector já em 2008 deveria gastar na área de recursos humanos o dobro daquilo que foi gasto na realidade.

A política salarial seleccionada implica um salário médio por trabalhador de 14 194 MTn em 2015, dos quais 37% representam subsídios. Contudo, como será discutido mais a frente, a diferença de salário entre trabalhadores da área específica e geral aumenta de forma significativa.

---

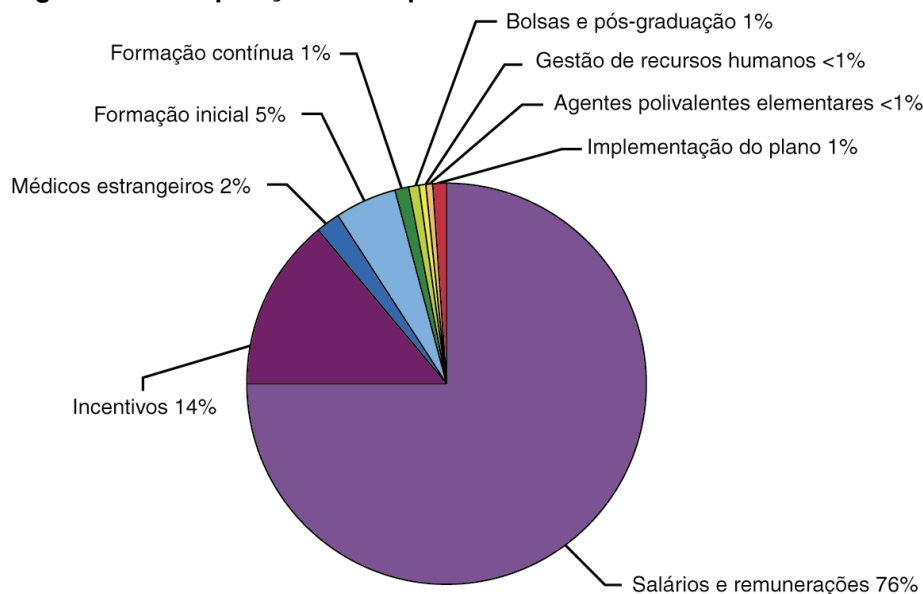
<sup>28</sup> Como se pode verificar no quadro 7, algumas componentes da despesa estão em falta, pelo que não foi possível apurar esta informação. Não obstante, dado que grande parte das diferenças está na componente de salários e remunerações, a comparação feita permanece significativa, apesar destas lacunas.

**Tabela 1. Projecção da despesa total e anual para implementação do PNDRHS 2008–2015**

Componente de custo	Despesa 2006	Projecção de custo									Total
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
<b>1. Salários e subsídios</b>	<b>1 042 465</b>	<b>1 869 740</b>	<b>2 124 302</b>	<b>3 875 999</b>	<b>4 629 410</b>	<b>5 619 146</b>	<b>6 466 487</b>	<b>7 399 500</b>	<b>8 352 341</b>	<b>40 336 926</b>	
Vencimento base		1 234 033	1 397 899	2 531.250	3 016 887	3 639 849	4 153 068	4 715 034	5 290 091	25 978 111	
Subsídios		635 708	726 404	1 344 748	1 612 524	1 979 297	2 313 419	2 684 466	3 062 250	14 358 815	
<b>2. Incentivos</b>	<b>268 383</b>	<b>488 870</b>	<b>556 895</b>	<b>651 885</b>	<b>777 793</b>	<b>942 608</b>	<b>1 039 963</b>	<b>1 254 098</b>	<b>1 424 795</b>	<b>7 186 906</b>	
<b>3. Médicos estrangeiros</b>	<b>58 546</b>	<b>219 564</b>	<b>192 380</b>	<b>165 197</b>	<b>138 013</b>	<b>110 829</b>	<b>84 014</b>	<b>90 804</b>	<b>97 594</b>	<b>1 098 395</b>	
<b>4. Formação inicial</b>	<b>132 798</b>	<b>444 306</b>	<b>689 523</b>	<b>380 187</b>	<b>340 364</b>	<b>227 161</b>	<b>233 407</b>	<b>236 194</b>	<b>231 062</b>	<b>2 782 205</b>	
Custos fixos/funcionamento IdFs		40 605	42 798	44 980	47 274	49 685	52 219	54 882	57 681	390 126	
Custos variáveis IdFs*		108 504	190 380	275 172	284 716	169 102	172 814	172 938	171 718	1 545 344	
Aquisições centrais		1 535	1 535	1 662	1 662	1 662	1 662	1 662	1 662	13 043	
Investimentos na rede de formação		286 440	447 588	51 150						785 178	
Capacitação de docentes		6 711	6 711	6 711	6 711	6 711	6 711	6 711		46 980	
Contratos de prestação de serviços		512	512	512						1 535	
<b>5. Formação contínua</b>	<b>n/d</b>	<b>18 001</b>	<b>25 943</b>	<b>33 885</b>	<b>41 442</b>	<b>41 442</b>	<b>41 442</b>	<b>41 442</b>	<b>41 442</b>	<b>285 037</b>	
Realização de formações		17 616	25 558	33 500	41 442	41 442	41 442	41 442	41 442	283 882	
Reforço repartições provinciais de FC		385	385	385						1 155	
<b>6. Bolsas e pós-graduação</b>	<b>n/d</b>	<b>54 237</b>	<b>58 767</b>	<b>64 141</b>	<b>71 429</b>	<b>78 894</b>	<b>83 984</b>	<b>89 062</b>	<b>93 911</b>	<b>594 426</b>	
Especialização de médicos em Moçambique		10 520	12 715	14 545	16 832	18 844	20 948	23 052	25 156	142 614	
Bolsas de estudo		43 717	46 052	49 596	54 597	60 049	63 036	66 010	68 755	451 812	
<b>7. Gestão de Recursos Humanos</b>	<b>8 724</b>	<b>15 867</b>	<b>19 855</b>	<b>20 607</b>	<b>21 673</b>	<b>22 363</b>	<b>21 217</b>	<b>18 698</b>	<b>19 411</b>	<b>159 690</b>	
Formação em gestão		3 197	6 394	6 394	6 394	6 394	6 394	3 197	3 197	41 559	
Funcionamento Escola de Gestão	8 724	10 337	10 895	11 451	12 035	12 649	13 294	13 972	14 684	99 317	
Descentralização da gestão dos RHS		491	851	971	1 529	1 529	1 529	1 529	1 529	9 959	
Desenvolvimento de um observatório de RHS		1 843	1 715	1 792	1 715	1 792				8 855	
<b>8. APE</b>	<b>n/d</b>	<b>3 836</b>	<b>31 457</b>	<b>57 032</b>	<b>57 032</b>	<b>55 242</b>				<b>204 600</b>	
<b>9. Implementação do plano</b>		<b>108 300</b>	<b>108 300</b>	<b>108 300</b>	<b>4 500</b>	<b>4 500</b>	<b>2 000</b>	<b>2 000</b>	<b>2 000</b>	<b>339 900</b>	
MI-PNDRHS		6 000	6 000	6 000	4 500	4 500	2 000	2 000	2 000	33 000	
Contratação de serviços		102 300	102 300	102 300						306 900	
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>1 510 916</b>	<b>3 222 723</b>	<b>3 807 423</b>	<b>5 357 232</b>	<b>6 081 656</b>	<b>7 102 185</b>	<b>8 022 514</b>	<b>9 131 798</b>	<b>10 262 555</b>	<b>52 988 086</b>	
<i>Mil USD</i>	<b>59 078</b>	<b>126 011</b>	<b>148 873</b>	<b>209 471</b>	<b>237 797</b>	<b>277 700</b>	<b>313 686</b>	<b>357 060</b>	<b>401 273</b>	<b>2 071 870</b>	

A figura 1 apresenta graficamente a composição da despesa total de 2008 a 2015. Como se pode verificar, 90% da despesa prevista corresponde as despesas com pessoal, incluindo salários e remunerações (76%) e os incentivos a serem pagos aos trabalhadores (14%). A seguir a despesa com médicos estrangeiros totaliza 2% do total. As despesas na área de formação inicial e contínua totalizam 5 e 1% do total previsto respectivamente. A figura salienta que, apesar de representarem valores significativos em termos absolutos, as despesas previstas para a gestão de recursos humanos e com os APEs são relativamente baixas em comparação com outras despesas.

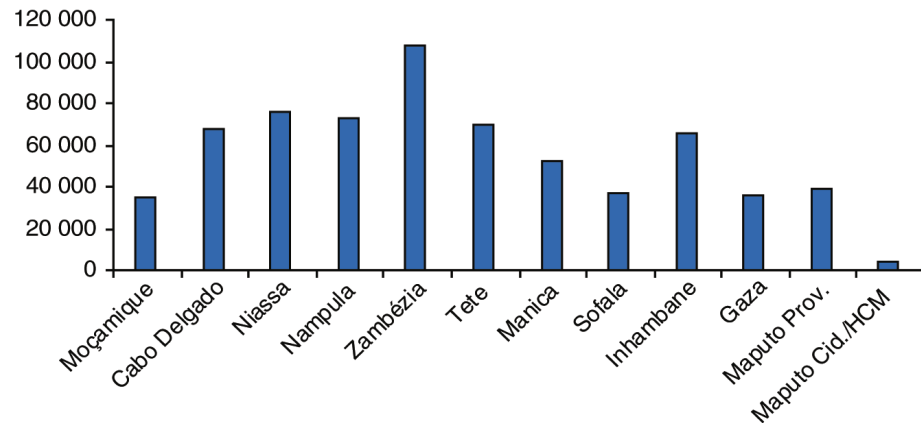
**Figura 1. Composição da despesa total PNDRHS 2008–2015**



## 2. Evolução da despesa com salários e remunerações 2008–2015

A figura 2 apresenta a evolução da despesa em salários e remunerações entre 2008 e 2015, destacando as carreiras específicas e gerais. Como se pode verificar, a partir de 2010, a taxa de crescimento desta despesa nas carreiras específicas é significativamente mais elevada que nas carreiras gerais. Isto é devido a dois factores principais, nomeadamente a atribuição de prioridade às profissões prioritárias dos ODM no cenário escolhido, bem como a ênfase dada as carreiras específicas da política salarial. Enquanto alguns trabalhadores da área específica beneficiam dum aumento de 100% do seu salário em 2010 (75%+ 25% do subsídio de renda), na carreira geral o aumento é realizado apenas com base na taxa de inflação prevista.

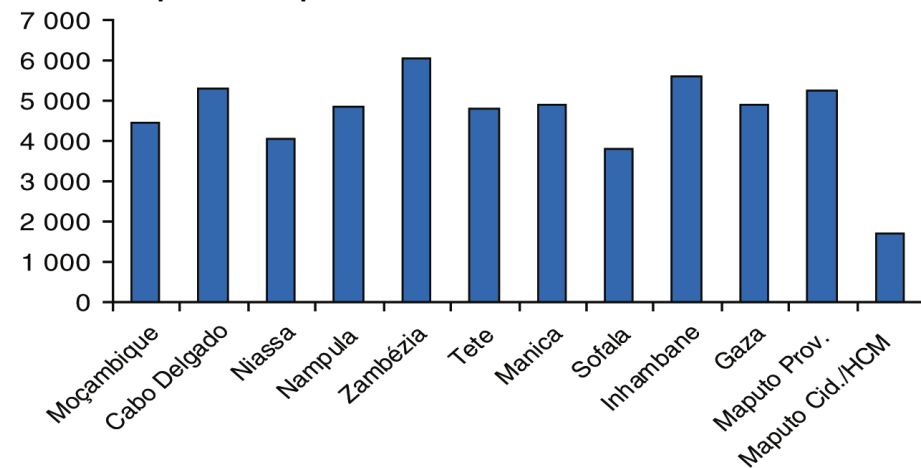
**Figura 2. Evolução das despesas em salários e remunerações 2008–15 nas carreiras específicas e gerais**



### 3. Despesa com salários e remunerações com profissões prioritárias ODM

A figura 3 mostra a evolução da despesa em salários e remunerações entre 2008 e 2015, comparando a proporção atribuída às profissões prioritárias dos objectivos do milénio (ODM) com as outras. Como se pode verificar, a despesa com as profissões prioritárias crescem significativamente mais que as outras e representam uma larga percentagem da despesa anual em salários e remunerações, aumentando de 61% do total em 2008 para 78% em 2015.

**Figura 3. Evolução da despesa em salários e remunerações com profissões prioritárias dos ODMs e outras**



No global, a despesa com as profissões prioritárias ODMs representa 75% do total nos 8 anos de implementação do plano.

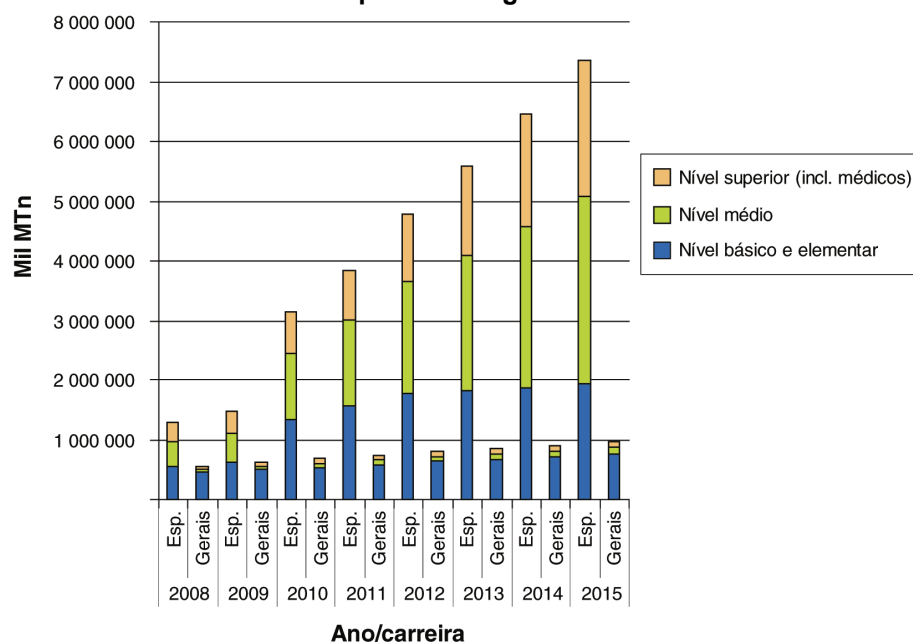
### 4. Evolução da despesa com salários e remunerações por nível e tipo de carreira

A figura 4 salienta as diferenças na evolução da despesa em salários e remunerações, não apenas entre os dois tipos de carreiras, mas também entre os níveis. Na carreira específica, a maior evolução verifica-se com o nível médio, seguido pelo nível superior. A despesa com os salários e remunerações do pessoal de nível básico aumenta a uma taxa pequena. Na carreira geral, o maior aumento em termos absoluto verifica-se na despesa com o nível elementar e básico, enquanto a



distribuição da despesa em termos percentuais mantém-se a mesma entre 2008 e 2015.

**Figura 4. Evolução da despesa em salários e remunerações por nível nas carreiras específicas e gerais**



O tabela 2 salienta a evolução percentual da despesa por nível na carreira específica. Enquanto a despesa com o nível básico e elementar diminui de 43 para 26% entre 2008 e 2015, a despesa ao nível médio aumento da 32 para 43%, enquanto as percentagens correspondentes para o nível superior são de 25 e 31.

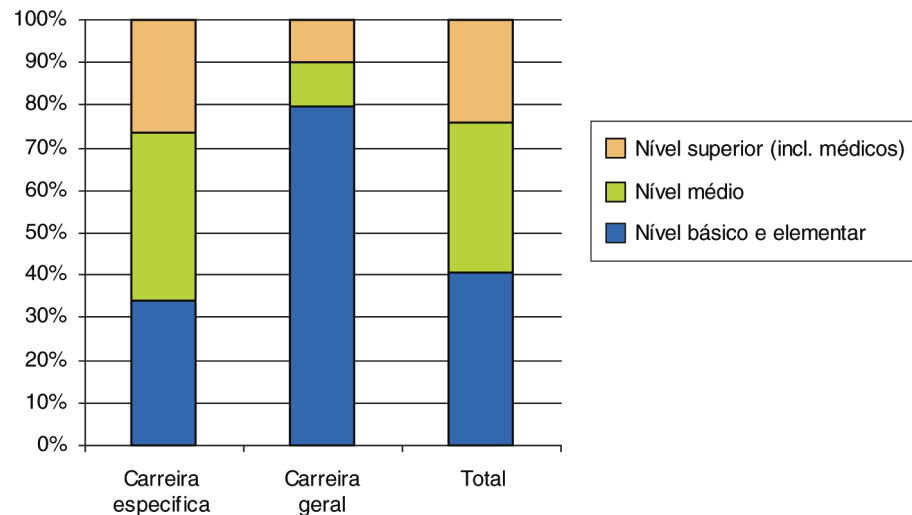
**Tabela 2. Evolução da percentagem da despesa por nível da carreira específica**

Nível	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nível básico e elementar	43%	42%	42%	41%	37%	33%	29%	26%
Nível médio	32%	33%	35%	38%	39%	41%	42%	43%
Nível superior (incl. Médicos)	25%	25%	23%	21%	24%	26%	29%	31%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

A figura 5 mostra a percentagem da despesa total em salários e remunerações 2008–2015 por nível, separando a carreira específica e geral. Como se pode verificar, enquanto na carreira específica a maior percentagem da despesa é realizada com o nível médio, na carreira geral 80% da despesa 2008–2015 é feita com o nível básico e elementar. Dado que a despesa na carreira específica é significativamente maior em termos absolutos, o padrão de distribuição da despesa entre os níveis em termos totais é quase o mesmo que para esta.



**Figura 5. Percentagem da despesa total 2008–2015 em salários e remunerações por tipo de carreira e nível**



### 5. Evolução do salário bruto dos trabalhadores 2006–2015

O tabela 3 mostra a evolução do salário bruto médio estimado dos trabalhadores por nível na carreira específica e geral. Como pode se esperar o aumento é consideravelmente maior na carreira específica, em particular para o nível elementar e básico. Olhando para a evolução média em cada tipo de carreira, verifica-se que o aumento salarial entre 2006 e 2015 é cerca de 3 vezes maior para os trabalhadores da área específica.

**Tabela 3. Evolução do salário bruto médio estimado dos trabalhadores por tipo de carreira e nível 2006–2015**

Carreira/Nível	Estimativa 2006	Projeção								% evol 2006–2015
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
<b>Específica</b>										
Elementar	2 950	3 431	3 650	7 487	7 869	8 270	8 692	9 135	9 601	225%
Básico	4 229	4 918	5 233	10 733	11 280	11 856	12 460	13 096	13 764	225%
Médio	7 129	8 291	8 821	15 887	16 697	17 549	18 444	19 385	20 373	186%
Superior (incl. médicos)	21 831	25 391	27 016	48 655	51 136	53 744	56 485	59 366	62 394	186%
<b>MÉDIA</b>	<b>9 035</b>	<b>10 508</b>	<b>11 180</b>	<b>20 691</b>	<b>21 746</b>	<b>22 855</b>	<b>24 020</b>	<b>25 245</b>	<b>26 533</b>	<b>194%</b>
<b>Geral</b>										
Elementar	2 562	2 924	3 082	3 239	3 405	3 578	3 761	3 953	4 154	62%
Básico	3 006	3 432	3 617	3 801	3 995	4 199	4 413	4 638	4 875	62%
Médio	5 582	6 372	6 716	7 059	7 419	7 797	8 195	8 613	9 052	62%
Superior	12 259	13 994	14 750	15 502	16 292	17 123	17 997	18 915	19 879	62%
<b>MÉDIA</b>	<b>5 852</b>	<b>6 681</b>	<b>7 041</b>	<b>7 400</b>	<b>7 778</b>	<b>8 174</b>	<b>8 591</b>	<b>9 030</b>	<b>9 490</b>	<b>62%</b>

## DESPESA COM O SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O tabela 4 apresenta a projecção das necessidades financeiras com Bens e Serviços e Capital (componente corrente do OE) no sector saúde entre 2008 e 2015. De acordo com a estimativa de custos do PESS 2007–2012 que serviu de base para a estimativa de custos apresentada aqui, as despesas foram desagregadas entre aquelas que

beneficiam a prestação de serviços directamente e o montante correspondente ao sistema de apoio.

**Tabela 4. Projecção das despesas (Mil MTn) com B&S e de Capital no Sector Saúde entre 2008 e 2015**

Componente da despesa	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Prestação de cuidados de saúde	7 813 291	8 155 299	9 094 190	10 163 089	11 331 402	12 201 034	12 942 796	13 523 212	85 224 313
Serviços de apoio	526 297	531 038	534 851	540 878	545 725	549 388	552 365	554 644	4 335 186
<b>Total</b>	<b>8 339 587</b>	<b>8 686 338</b>	<b>9 629 041</b>	<b>10 703 967</b>	<b>11 877 126</b>	<b>12 750 423</b>	<b>13 495 162</b>	<b>14 077 855</b>	<b>89 559 499</b>
<i>Mil USD</i>	<i>326 084</i>	<i>339 642</i>	<i>376 502</i>	<i>418 532</i>	<i>464 404</i>	<i>498 550</i>	<i>527 670</i>	<i>550 454</i>	<i>3 501 838</i>

Como mostra o quadro, o valor total necessário aumenta de 8 339 em 2008 para 14 077 milhões de MTn em 2015, ou seja, de 326 para 550 milhões de USD, totalizando quase 90 mil milhões de MTn entre 2008 e 2015. Deste valor, 96% das despesas seriam destinadas directamente à prestação de serviços, enquanto os 4% remanescentes iriam servir para reforçar o funcionamento do sistema de apoio.

Consta salientar que esta estimativa deverá ser ajustada, com base no novo plano de investimento a ser desenvolvido e daí o número de unidades sanitárias a funcionarem. Adicionalmente, esta deve ser actualizada, com base nos diversos exercícios de estimativa de custos realizados recentemente em várias áreas chave do sector. Contudo, os valores apresentados no tabela 4 salientam a envergadura das necessidades financeiras que se podem esperar nos próximos anos, para garantir o funcionamento do sistema de serviços de saúde, para além das despesas em recursos humanos, que representam uma componente chave deste sistema.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A principal componente de custo diz respeito à despesa prevista com pessoal. O crescimento significativo desta despesa é condicionado não apenas pelo número de pessoal acrescido, mas também pelo salário bruto que este deve auferir, para garantir o ingresso e retenção de pessoal qualificado no sector saúde, bem como aumentar a qualidade dos serviços prestados. Por outras palavras, o próprio salário do pessoal serve, até um certo ponto, como um incentivo para atrair pessoal para o sector saúde e que este tenha um bom desempenho. Por sua vez, os salários a serem pagos aos trabalhadores dependem inteiramente da política salarial do Governo, que tem implicações significativas sobre o valor do vencimento total.

Além deste salário, a necessidade de criar um pacote de incentivos para reter este pessoal e garantir a colocação de trabalhadores qualificados em zonas mais desfavorecidas é gritante e a atribuição de fundos suficientes para esta actividade fundamental.

Ao longo deste exercício, foi identificada uma série de acções a serem desenvolvidas no futuro, com vista a reforçar a projecção da despesa

desenvolvida até agora e garantir a utilização adequada dos dados e modelos apresentados, em particular na elaboração do CFMP.

- A definição duma política de incentivos clara e abrangente é essencial. Uma vez definido, o custo do pacote deve ser calculado e a despesa necessária para cada componente e/ou grupo de beneficiários apresentada. Sugere-se a realização dum estudo de custo-eficácia do pacote ou incentivos individuais implementados, com vista a informar escolhas futuras em relação a este;
- Uma análise da forma mais eficaz em termos de custo para providenciar formação contínua para os trabalhadores. Nesta análise, deve ser incluído o custo-oportunidade do tempo dos trabalhadores usado em formações em lugar de estar nas unidades sanitárias;
- A elaboração de normas para determinar o número de dias/horas de formação as quais cada trabalhador dum determinado nível/carreira tem direito;
- A realização duma avaliação para determinar a mistura mais eficaz em termos de custo para docentes efectivos e eventuais para um determinado curso e/ou numa Instituição;
- A actualização regular dos modelos de projecção da despesa desenvolvidos no presente exercício, em particular no que diz respeito as despesas com pessoal;
- Uma análise da exequibilidade do PNDRHS, com atenção particular as componentes do sistema de serviços de saúde como um todo que devem ser implementadas (construção de infra-estruturas, despesas de funcionamento adicionais, etc.);
- A melhoria do sistema de recolha de informações financeiras internas e externas, presentes e futuras.

## **PROPOSTA DE DIPLOMA MINISTERIAL PARA CRIAR A O GRUPO PARA MONITORIA E IMPLEMENTAÇÃO DO PNDRHS**

### **FUNDAMENTAÇÃO**

O Programa do Governo na área da saúde dá um particular enfoque aos Recursos Humanos da Saúde (RHS) e à sua importância como garante de serviços de saúde acessíveis, de qualidade e com impacto na saúde das populações.

Em resposta ao previsto no Programa Quinquenal do Governo, foi solicitada uma assistência técnica no sentido de definir frentes de trabalho, identificar vertentes estratégicas e metas operacionais, tendo por base a experiência acumulada no Ministério e ainda o contributo dos diversos parceiros institucionais e sociais relevantes. Pretendia-se, ainda, identificar as medidas operacionais e actividades, a executar de forma calendarizada, a curto e médio prazos, para concretização de um Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS).

Estes objectivos foram cumpridos. Na verdade, o grupo de assistência técnica apresentou, dentro do prazo previsto, as linhas de acção prioritárias para o desenvolvimento das orientações políticas sobre RHS e uma estimativa dos seus custos. Estas acções prevêem a criação de um grupo de monitoria e implementação para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração da situação dos RHS.

É este grupo de monitoria e implementação para os RHS, para proceder às reformas efectivas deste sector da força de trabalho nacional, que motiva a presente proposta de Diploma Ministerial do Ministro da Saúde com a indicação de que durante o processo de harmonização da presente proposta de Diploma Ministerial foram realizados diversos debates com vista á sua harmonização, bem como foram consultados os Ministérios da Função Pública, Ministério das Finanças, do Trabalho e da Planificação e Desenvolvimento.



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIPLOMA MINISTERIAL Nº...../2008

DE.....

Havendo necessidade de se institucionalizar, um grupo de trabalho tecnicamente diferenciado, para a coordenação da implementação do Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS), ao abrigo das competências que lhes são atribuídas, o Ministro da Saúde determina:

**Artigo 1:** É criado um grupo de trabalho para a coordenação da implementação do PNDRHS designado por Monitoria e Implementação—PNDRHS (MI-PNDRHS), na dependência directa do Director Nacional da Direcção Nacional de Recursos humanos do Ministério da Saúde.

**Artigo 2:** A MI-PNDRHS terá o carácter de grupo de monitoria e implementação, para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Recursos Humanos na Saúde (RHS).

**Artigo 3:** A curto prazo, a MI-PNDRHS quer alcançar objectivos associados com a capacitação do sistema de formação e gestão, com o recrutamento e colocação do pessoal, e com a sua retenção onde eles são mais necessários.

**Artigo 4:** A MI-PNDRHS desempenhará as suas funções em articulação com todos os departamentos da Direcção dos Recursos Humanos (DRH) do Ministério da Saúde (MISAU) e das Direcções Provinciais de Saúde (DPS). Estas funções incluem:

- a) Coordenar tecnicamente o processo global de lançamento e implementação das quatro vertentes estratégicas identificadas no PNDRHS, bem como dos demais aspectos de implementação nele especificados;
- b) Propor a orientação de formação inicial e contínua dos profissionais e a política de incentivos ao desempenho, à retenção e à qualidade, a aplicar nas unidades sanitárias;
- c) Elaborar a lista de critérios e a metodologia que permitam avaliar e classificar as unidades de formação em diferentes níveis de desenvolvimento;
- d) Elaborar os termos de referência da contratualização das administrações de saúde com fundações, organizações não governamentais não lucrativas e com o sector privado lucrativo;
- e) Propor, nos termos da lei, modalidades de participação dos municípios, cooperativas, entidades sociais e privadas na implementação do PNDRHS;
- f) Elaborar e executar um Plano de Comunicação com as diversas audiências do PNDRHS, garantindo um contacto continuado e sustentado ao longo do período de vigência das actividades da equipa de monitoria e implementação;
- g) Integrar a Comissão instaladora do Observatório dos Recursos Humanos para da Saúde (ORHS).

- h) Dinamizar, incentivar e validar exercícios de planeamento conducentes à apropriação provincial, distrital e municipal do PNDRHS de forma a elaborar Planos Provinciais de RHS;
- i) Identificar parceiros para diferentes actividades das diferentes vertentes estratégicas, contratualizando com eles, em parcerias com os serviços públicos a sua execução, garantindo o acesso aos recursos necessários e adequados a essa execução;
- j) Fazer um Plano para Assistência Técnica à Consecução do PNDRHS, podendo atribuir a gestão de partes desse plano a diferentes actores envolvidos na sua execução;
- k) Elaborar um Plano de Investigação sobre RHS em Moçambique e acompanhar a sua execução;
- l) Monitorizar a abordagem de temas complexos, com os relacionados com novas carreiras, salários e incentivos, a gestão dos APE. Obrigatoriamente acompanhará a evolução dos indicadores para as metas definidas pelo PNDRHS. Deverá, ainda, ser capaz de fazer inferências sobre um maior acesso ou não às competências prioritárias, sobre o grau de cobertura e sobre o impacto na produção;
- m) Desempenhar outras funções que lhe sejam atribuídas pelo Ministro da Saúde.

**Artigo 5:** Determina-se que a MI-PNDRHS é dirigida por um coordenador, com as competências de Director Nacional Adjunto.

**Artigo 6:** O coordenador é assessorado por uma equipa multidisciplinar, constituída, no máximo, por 10 elementos com formação universitária, a designar por despacho do Ministro da Saúde, com base nos mecanismos de mobilidade da função pública.

**Artigo 7:** Todos os cargos deverão ser ocupados a tempo inteiro, com exclusividade e disponibilidade permanente.

**Artigo 8:** Ao coordenador compete:

- a) Dirigir o funcionamento do grupo de monitoria e implementação e providenciar, junto dos serviços e organismos competentes, a obtenção dos meios e instrumentos necessários ao desempenho das suas atribuições;
- b) Assessorar os órgãos da administração central, provincial, municipal e distrital nas matérias relacionadas com RHS, nomeadamente nas decisões de planeamento, aquisição e instalação de serviços, recursos e tecnologia adequada aos objectivos a prosseguir;
- c) Apresentar regularmente relatórios de acompanhamento de implementação do PNDRHS;
- d) d) Propor e organizar, quando necessário, o recurso a serviços externos de consultoria;
- e) Propor o destacamento ou transferência do pessoal do Ministério da Saúde, de outros ministérios, de universidades, institutos públicos e municípios necessário para o coadjuvar;
- f) Submeter ao Ministro, no prazo de um mês após a publicação deste diploma ministerial, uma proposta concreta da individualidades para assumirem funções na MI-PNDRHS, os seus termos de referência (da equipa e individuais), os prazos de execução das actividades previstas, e os meios de financiamento do funcionamento da MI-PNDRHS com o respectivo orçamento;
- g) Submeter ao Ministro, no prazo de um mês após a publicação deste diploma ministerial, uma proposta de critérios a serem observados em cada província antes de lá ser colocado o reforço de gestão contemplado para cada administração provincial

(artigo 13º), nomes de individualidades para assumirem funções nas províncias onde estes critérios são confirmados, os seus termos de referência (da equipa e individuais), os prazos de execução das actividades previstas, e os meios de financiamento do funcionamento destas equipas com o respectivo orçamento.

**Artigo 9:** É nomeado o ... para desempenhar as funções de coordenador da MI-PNDRHS.

**Artigo 10:** A DRH do MISAU fica incumbida de apoiar a logística da instalação e o funcionamento do grupo de monitoria e implementação.

**Artigo 11:** O Departamento de Administração e Finanças (DAF) do MISAU fica incumbido do apoio financeiro ao estabelecimento e ao funcionamento do grupo de monitoria e implementação.

**Artigo 12:** Os serviços e organismos do MISAU e as administrações provinciais, municipais e distritais de saúde ficam incumbidos de colaborar com o Grupo de Monitoria e Implementação estabelecido por Diploma Ministerial Conjunto, de acordo com o quadro de competências de cada nível de administração.

**Artigo 13:** Em cada administração provincial de saúde será criada, por nomeação do respectivo Governador, uma equipa de apoio em articulação funcional com a MI-PNDRHS, coordenada por um profissional escolhido de comum acordo entre o coordenador da MI-PNDRHS e o Governador da Província respectiva, composta por quatro técnicos superiores recrutados nos serviços de saúde, com base nos mecanismos de mobilidade da função pública.

**Artigo 14º:** A MI-PNDRHS tem um mandato de 36 meses.

**Artigo 15º:** O presente Diploma Ministerial produz efeitos a partir da data da sua publicação.

Maputo, aos de 2008

O MINISTRO DA SAÚDE

PAULO IVO GARRIDO

