



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Direcção de Recursos Humanos

**O Plano Estratégico
dos Recursos Humanos**

2005-2010

Draft 7-11-04

Maputo, Novembro, 2004

Agradecimentos

A equipa de trabalho encarregada pela elaboração do Plano deseja agradecer aos Directores Nacionais de Recursos Humanos, Dr. Jorge Tomo, Dr. Ricardo Trindade e o Dr. António Chonape Davuca, pela confiança e apoio incondicional; a todo o pessoal da DRH, em especial a Dra. Isabel Viandro e a Sra. Fátima Miquidade, que apoiaram com grande disponibilidade a recolha da informação e a redação da parte analítica. Ao Dr Norbert Dreesch, da OMS, que, na fase final, deu contribuições originais na elaboração do texto, na revisão do *draft* e na organização do documento. Aos funcionários da Direcção de Administração e Gestão, em particular o Sr. André Comoane pela colaboração na recolha dos dados sobre as despesas com o pessoal. Aos funcionários da Direcção Nacional de Saúde e da Direcção de Planificação e Cooperação, entre os quais se destaca o Dr Xavier Modol; um agradecimento particular vai também aos trabalhadores do Departamentos de Saúde da Comunidade, de Assistência Médica e Farmacêutico; por fim, às Direcções Provinciais de Saúde, que facultaram com prontidão todos os dados que solicitámos.

Comentários e sugestões podem ser enviadas a:

- *Paultre Desrosiers*, DRH/DF, capítulo sobre a Formação Contínua
- *Angel Mendoza*, DRH/DF, capítulos sobre Formação Inicial e Rede das Instituições de Formação
- *Brigitte Christensen*, DRH/DAP, capítulos sobre associações profissionais, dinâmica do pessoal, sector privado, género.
- *Ferruccio Vio*, DRH/DF, outros capítulos

Maputo, 3 de Novembro 2004.

O Coordenador

Ferruccio Vio

Sumário

O Plano de RH 2005-10 analisa os Recursos Humanos de Saúde no contexto geral do País, em relação às projecções de crescimento económico, às dinâmicas sociais (sociedade civil, ONGs, crescente importância da classe média urbana), às perspectivas do sector privado nas suas diferentes vertentes (lucrativo, não lucrativo, actividades privadas em ambiente público, seguros de saúde públicos e privados), à situação demográfica e epidemiológica, às influências externas, e ao processo de reforma em curso. O nível de qualidade e eficácia na prestação dos serviços e a produtividade do pessoal são o resultado do processo histórico que moldou o SNS na estrutura e nas formas em que se encontra actualmente; o plano analisa a interacção dos factores envolvidos, tais como as dinâmicas da formação, a disponibilidade de recursos e equipamentos para o pessoal, as características da rede sanitária, a política salarial e os incentivos, as normas, os procedimentos e competências nas áreas de gestão, administração e supervisão. A partir do cenário existente e à luz das necessidades futuras, o plano prevê a força de trabalho total do sistema público de saúde para 2010. Prefigura as despesas com os recursos humanos e as implicações financeiras para o sistema, analisa os meios necessários para a formação inicial e a contratação do novo pessoal, após ter subtraído as perdas esperadas do pessoal existente e analisado as suas causas.

O Plano não é nem “um plano de necessidade” (no sentido que tem em conta os recursos e escolhe entre prioridades e mecanismos de intervenção diferentes), nem um plano operacional (o que deveria ser feito numa segunda fase, envolvendo os doadores e determinando em detalhe, por cada objectivo proposto, a actividade respectiva, o responsável, o cronograma, o custo e a fonte prevista de financiamentos). Pode ser definido estratégico na medida em que procura reflectir as estratégias do Governo de Moçambique (PARPA), dos MDGs (Nações Unidas), dos programas prioritários do MISAU, numa visão geral das necessidades do pessoal para Saúde, das suas problemáticas e das soluções possíveis.

Nos termos, ainda não esquecidos, da Declaração de Alma Ata, Saúde significa muito mais que a mera prestação de cuidados hospitalares, sendo um conceito que envolve áreas limítrofes tais como a disponibilidade de água e alimentos em qualidade e quantidade suficientes, e um ambiente social e económico capaz de garantir o bem estar da população. O eco de Alma Ata ressoa nos argumentos dos que pugnam com um forte empenho para formação de nutricionistas e agentes comunitários. Contudo, à luz dos constrangimentos financeiros existentes, das limitações do acesso aos serviços, e face ao impacto crescente do SIDA, ao aumento concomitante da tuberculose e à eficácia reduzida dos medicamentos anti-palúdicos de baixo custo, outrora utilizados como primeira linha, urge focar a área de acção do Sector Saúde no âmbito das próprias competências e capacidades mais específicas. Mesmo os dados promissores relacionados com a diminuição da mortalidade materna e infantil não podem abrandar o esforço de prevenir ou tratar as causas de óbitos evitáveis, ainda inúmeras nestes dois grupos vulneráveis da população. Tal perspectiva vai ao encontro dos programas prioritários do MISAU, que reflectem o padrão epidemiológico do País e reforçam a necessidade de encontrar o ponto de equilíbrio mais efectivo entre as componentes clínicas, preventivas e promotivas do Sector Saúde.

Desenvolvimento dos Recursos Humanos

Os programas prioritários do MISAU relançam a política do PARPA, estão de acordo com os MDGs e implicam a necessidade de técnicos profissionais competentes e motivados, para a prestação de cuidados primários de saúde de qualidade. Neste sentido, o plano 2005-10 é conservador: quer aumentar o acesso, aposta na rede primária e secundária, procura diminuir a mortalidade geral causada por doenças tratáveis ou preveníveis, e enfatiza, conseqüentemente, a formação e absorção no sistema de profissionais de nível médio, particularmente nas carreiras “tradicionais” em Moçambique de enfermagem, medicina curativa e preventiva e SMI; enaltece também o papel de técnicos nos serviços auxiliares (em particular laboratório e farmácia) e de pessoal de área clínica que, por razões diferentes, foi descurado nos anos passados (odontoestomatologia).

Tendo um horizonte de 6 anos e estando fora do alcance do MISAU a formação de médicos, o plano considerou as projecções de graduação e entrada no sistema dos *médicos generalistas*. A mesma estimativa foi feita para os especialistas nacionais. Os médicos generalistas e os especialistas afectos ao SNS deverão superar 1000 profissionais dentro de 2010. A colocação dos médicos generalistas tem em conta as estimativas do Diploma Ministerial 127/2002, consideradas válidas no global, embora ajustes sejam necessários para a colocação dos médicos *entre* as diferentes USs de nível secundário e urbanas, devido às grandes diferenças de recursos, movimentos e carga de trabalho. No plano são acrescentadas as necessidades dos serviços anti-SIDA. Devido ao esperado aumento na graduação dos médicos pela UEM (e, a partir de 2008, também da UCB), presume-se que os médicos nacionais ocuparão a maioria das vagas, ficando provavelmente a necessidade de contratar algumas dezenas de médicos estrangeiros (em particular na área de formação). Deverão ser criadas condições para garantir a colocação dos médicos generalistas nos distritos rurais de acordo com o plano do MISAU e garantia de continuidade, o que significa que as ausências dos médicos do posto de trabalho deverão ser controladas e reduzidas ao mínimo indispensável.

Nos próximos 5 anos, está previsto um aumento notável dos *especialistas nacionais*, e, pelo menos em parte, a possibilidade de colocar os novos profissionais em todo o País, contando com compensações salariais nos termos actuais do “*topping up*”. Técnicos nesta situação contratual deverão chegar a 200 em 2010, devendo-se provavelmente ainda usufruir de especialistas estrangeiros se houver vagas a descoberto; na Cidade de Maputo, o número dos especialistas pagos com os salários definidos pelos escalões salariais existentes na função pública será de 230.

A classe média urbana emergente estimulou a procura de serviços de saúde de qualidade mais elevada, abrindo caminho à prática privada da medicina. Um resultado interessante é a abertura das Clínicas Especiais, que abrem o acesso a práticas privadas de saúde, prestadas no âmbito dos serviços públicos, em geral, pelos médicos especialistas. As Consultas Especiais fazem sentido sob o perfil económico, e podem permitir uma redistribuição em senso equalitário dos lucros obtidos. O plano analisa estas situações e identifica a necessidade de regulamentação, de forma a que o sistema responda apropriadamente, beneficiando todas as partes envolvidas e, em particular, o sistema público. Desta forma, mais especialistas poderão ser contratados e remunerados, a partir das próprias unidades sanitárias, sem ulteriores aumentos de despesa para o serviço público. Os médicos em curso de especialização poderão, por sua vez, reforçar com pessoal qualificado as USs onde estiverem afectos. A emigração do pessoal técnico, sobretudo dos médicos especialistas deverá ser monitorizada; não foi um problema maior até agora, mas assim poderá tornar-se no futuro, sobretudo pelas crescentes necessidades dos países vizinhos atormentados pelo SIDA.

A *projecção da rede* para o ano 2010 foi feita com base na reclassificação do sistema em curso nas DPSs (com algumas excepções, devido à falta de informação), no plano do PIS e na situação quanto à sua realização prática. Contudo, a reclassificação presta-se a critérios subjectivos que podem variar de província para província e baseia-se em estimativas de equipas mínimas que não tomam em conta o aumento de actividade registado na última década e previsto para os próximos anos, em boa parte devido ao impacto do SIDA, e concentrado nos serviços de internamento hospitalar e consultas ambulatorias. Foi considerado, portanto, um coeficiente (conforme as categorias, entre 1,25 e 1,33) para estimar as necessidades reais de pessoal para os serviços básicos prestados na rede primária e secundária. Estes valores foram aplicados para os enfermeiros básicos e gerais, os agentes e técnicos de medicina, e as enfermeiras de SMI de nível básico e médio. O plano aposta também no relance da carreira de medicina preventiva, que deverá significar um reposicionamento dos técnicos (actualmente uma das categorias mais idosas do pessoal, e concentrada esmagadoramente nos distritos urbanos) para as áreas rurais e num papel factual dos agentes junto às comunidades rurais e urbanas, mais ligado aos programas prioritários (busca de doentes faltosos ao tratamento, organização das pessoas vivendo com HIV/SIDA, etc.) e com tarefas na manutenção dos equipamentos dos CSs rurais.

As necessidades do pessoal para os 10 grandes hospitais do País (bastante diferentes entre eles por número de camas e actividades, pelo que não é possível a utilização de critérios uniformes), teve necessariamente em conta as actividades prestadas. Visitas de avaliação nos hospitais de Nampula e da Beira, evidenciaram uma grande sub-estimação da carga real de trabalho do pessoal, sobretudo de enfermagem, seja devida à

presença de um número significativo de profissionais com baixa produtividade (por causa da idade ou de doença crónica), seja por problemas no cômputo estatístico dos dias de camas ocupadas. Ainda mais, as condições difíceis de trabalho levam os funcionários a procurar reparo em funções administrativas, onde os riscos profissionais e o *stress* são inferiores. Esta situação, o impacto do SIDA no internamento, que já está a ser tangível e um perfil etário que, sobretudo entre os enfermeiros gerais, levará à idade da reforma uma percentagem crescente de profissionais nos próximos anos, apontam para manter a formação acelerada desta categoria de pessoal. Boa parte dos cursos deveriam ser geridos pelos próprios hospitais onde o pessoal de enfermagem faz mais falta.

Ao mesmo tempo, é necessário aumentar a formação dos agentes e, sobretudo, técnicos de medicina, seja pelo aumento de volume das consultas externas, seja para fazer face ao aumento de necessidade da rede primária, seja pela necessidade de apoiar o trabalho dos médicos nas unidades de atendimento dos doentes com SIDA, o que implica delegar todas as funções rotineiras de tratamento e aconselhamento dos doentes a quadros com qualificação média. O número de técnicos de medicina em actividade ainda está bem aquém do que foi preconizado no primeiro PDRH (1992-2002). A formação destes quadros clínicos mostra sinais de pioramento, em termos de qualidade, nos últimos anos, pelo que é necessário o reforço da docência. Por fim, os enfermeiros elementares deveriam ser promovidos, dentro do possível, através de actividades de formação contínua que não impliquem a saída do posto de trabalho, para o nível básico. Dever-se-á tomar em conta o perfil curricular dos agentes de medicina ou enfermeiros básicos, de acordo com as funções exercidas na prática pelo trabalhador (triagem ou atendimento dos doentes internados). Por um lado, a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços torna os profissionais de nível elementar, ultrapassados, no momento actual; por outro lado, estes técnicos, geralmente menosprezados e descurados, jogaram um papel de valor inestimável, na prestação de cuidados de saúde da “primeira linha” do SNS. As suas características sociais e antropológicas devem ser consideradas para desenhar técnicos de nível básicos que sejam colocáveis, sem tamanhas dificuldades, nas áreas rurais menos favorecidas, sobretudo no que diz respeito ao pessoal de SMI.

Em relação à área materno-infantil, a boa qualidade dos cursos e o nível de investimentos para a formação deve servir de modelo para as outras carreiras e especialidades de nível básico e médio. O plano preconiza o aumento deste pessoal sobretudo nas regiões nortenhas e nas áreas rurais. A percentagem de quadros médios deverá subir. Muitas parteiras elementares deverão, por sua vez, ser promovidas para o nível básico, o que significa sérios investimentos no sector de formação em trabalho.

Na perspectiva da Reforma, o plano pretende delegar a decisão de abrir os cursos nas 4 carreiras básicas “fundamentais” às DPSs (enfermagem, SMI, agentes de medicina e medicina preventiva, ficando os cursos de medicina preventiva de carácter regional), dentro das cotas estabelecidas de forma a não prejudicar o plano de formação dos quadros de nível médio e médio especializado. Um inquérito sobre as tarefas, capacidades técnicas, interacção, motivação, auto-percepção, perspectivas, motivação dos profissionais vocacionados para os cuidados primários de saúde é importante nesta fase. O inquérito deverá indicar se a organização actual em termos de pessoal e carreiras é a que melhor responde às necessidades da população, dentro dos limites e capacidades do sistema e propôr, se for o caso, soluções alternativas. Por outro lado, a DRH/DF deverá proporcionar as condições necessárias – em termos de elevação do pessoal docente, material bibliográfico e equipamentos, de forma a permitir o desenvolvimento de cursos de nível médio em todas as IFs provinciais.

Projeções do Plano. Conforme o plano, que foi ajustado tendo realisticamente em conta que uma percentagem dos funcionários existentes continuarão no sistema com capacidade e produtividade reduzida e que será possível aposentar só uma parte dos em idade de reforma, em Dezembro de 2010 o MISAU/SNS contará com 27.189 funcionários de saúde (+ 38% em relação a Junho de 2004¹).

¹Em relação aos dados de 2004 são considerados também os médicos especialistas e a assistência aos Órgãos Centrais de nível superior não estão a cargo do sistema público.

Frente a uma diminuição dos quadros elementares (-28%), que deverão ser promovidos dentro do possível para o nível básico, os técnicos de nível superior aumentarão globalmente em 91%, os de nível médio em 127% e os básicos de 53%. Os médicos exercendo, na sua grande maioria, funções assistenciais, alcançarão o número de 1033.

Gestão e Administração

Entradas e saídas. O pessoal de Saúde é parte integrante do Quadro do AdE. Os trâmites para nomeação são muitos, existindo mais de 10 estações de trânsito do expediente, com possibilidade de bloqueios em cada etapa. Tal situação, junto à falta crónica de verba, tem provocado demoras e até perda definitiva de pessoal formado. Contudo, nos últimos anos, o reforço com pessoal administrativo, o precoce envolvimento dos finalistas e das IFs, e a maior colaboração e flexibilidade nos procedimentos do expediente por parte das DPPFs tem permitido aumentar as nomeações e diminuir os tempos de espera. Após ter recebido o apoio de alguns bilaterais (em particular, a SDC), desde 2004, o MISAU tem contado com o PROSAÚDE para contratar e inserir no sistema, de imediato, o pessoal saído das IFs.

As figuras totais do SIP quanto ao pessoal, escondem alguns problemas que minam a eficiência da força de trabalho. Entre o pessoal que já superou os limites de idade e ainda não está aposentado por razões burocráticas e o pessoal com problemas de saúde, estima-se que 10-15% dos funcionários da Saúde trabalhem com capacidade diminuída. 1779 profissionais e 1064 auxiliares agora na faixa entre 50 e 60 anos deverão deixar o SNS no próximo quinquénio. Em geral, os trabalhadores mal conhecem as suas obrigações e direitos, em termos de legislação do trabalho, e a situação piora para os colocados na periferia do sistema. O atraso nos processos administrativos, que dependem em parte das DPPFs, em parte das DPRH e, em parte, dos próprios funcionários, devem ser enfrentados com urgência, devido ao aumento progressivo das camadas etárias em idade de reforma entre 2005 e 2020.

Informação. O SIP, sistema “oficial” de informação dos quadros do AdE gerido pelo MAE, não reflecte, por defeito, a realidade da força de trabalho, devido à falta de ligação com as folhas salariais geridas pelo MPF. A introdução dos dados no SIP não é um pré-requisito para a entrada no sistema de pagamentos. Até que se preencha esta condição, o SIP estará sempre ultrapassado. Há pelo menos 10.000 funcionários públicos que não figuram no SIP, porque os ministérios não enviaram os dados respectivos. Como resultado, a discrepância entre os salários calculados pelos 2 sistemas em 2003 era de 130 milhões de USD. Para usar o SIP (MAE) como instrumento de gestão do pessoal, deveria haver na própria base de dados um campo para a US ou outro sector onde o funcionário estiver colocado. O SIP (MAE), quer abranger sinteticamente o sistema público inteiro, e não é muito flexível para incluir campos para informações que interessem a um ou outro ministério em particular. O sistema de informação que o MPF usa para pagamento de salários, baseia-se nas folhas de efectividade; diferentes problemas foram relevados, tais como a falta de consolidação central, a distinção não clara entre o pessoal de quadro e o pessoal contratado, e a informação das províncias não disponível em formato electrónico. Em definitivo, existe uma duplicação do sistema de informação do pessoal, sob a égida de 2 diferentes ministérios, cada um deles com seus problemas. Face a estes condicionamentos, a DRH promoveu pragmaticamente a consolidação e informatização de um sistema próprio de informação baseado nas folhas de efectividade. A informação assim obtida, não obstante algumas áreas de incerteza, é de boa qualidade para macro-planificação, mas a situação geral não deixa de trazer incongruências e uma desnecessária sobrecarga de trabalho para a gestão rotineira do pessoal.

Colocação. A distribuição do pessoal *entre as províncias*, feita pelo nível central, tem seguido, em geral, critérios incrementalistas, havendo pouca atenção para as desigualdades e necessidades específicas de cada província. A colocação do pessoal *nos distritos*, feita pelos DPRHs, com soluções *ad hoc*, tem geralmente procurado substituir os técnicos que saem por transferência, aposentação ou outro. Não há uso da informação relativa à carga de trabalho, nem do Diploma Ministerial 127/2002 quanto a “equipas-tipo” por nível de US (mesmo a reclassificação das US continua em curso). O plano propõe encontrar um compromisso aceitável entre as exigências de equidade (medidas pelos indicadores de acesso) e as de eficiência (medidas pelos indicadores de actividade). No processo de descentralização, as DPSs deveriam monitorizar a situação dos próprios Recursos Humanos, e decidir autonomamente revisões do PDRH pelo seu âmbito de

competência. Instrumento-chave para a colocação do pessoal é a análise das actividades e produtividade do pessoal, utilizando indicadores como as cargas de trabalho. As DPSs, ao recolher a informação do SIP e do SIS, por cada US, são o nível mais apropriado de integração. A meta final é o uso mais produtivo e eficiente da força de trabalho. As cargas de trabalho devem ser, contudo, utilizadas com o necessário bom senso e nos limites de qualquer instrumento de planificação; com efeito, quando se abrem novos serviços e USs valem os critérios de equipas mínimas (DM 127/2002); não é oportuno comparar USs de nível diferente, ou enfermarias do mesmo hospital, onde a intensidade dos cuidados necessários ao doente são diferentes; PSs e CS rurais tipo II respondem também a outros parâmetros, tais como a extensão da área de referência e o número de habitantes servidos; portanto, ocorre melhorar a capacidade analítica dos gestores, de forma a integrar a informação vinda da análise da produtividade, as características demográficas da população servida, os resultados das supervisões e os planos de expansão da rede sanitária.

HIV/SIDA. Os óbitos por SIDA são ainda, aparentemente, limitados (<1% da força de trabalho), embora o impacto sobre a morbilidade do pessoal e as condições de trabalho já seja visível; a assistência aos doentes de SIDA internados melhorou em qualidade; há suficiente disponibilidade de testes para o HIV na maioria dos distritos; a atmosfera de fatalismo entre o pessoal de saúde está mudando, embora permaneça a ignorância entre os clínicos de base e o receio de submeter-se ao teste do HIV; por fim, há falta de informação sobre o número de profissionais de saúde em TARV: aparentemente, só uma minoria dos necessitados está, neste momento, em tratamento específico.

Sendo reconhecida a prioridade de acesso ao TARV aos profissionais de saúde, o plano propõe o *objectivo "0"* perdas de pessoal por SIDA. Para tal, deverá haver um duplo esforço no sentido de, por um lado, promover a abertura, combater o "auto-secretismo e auto-estigmatização", e, por outro, garantir e proteger a privacidade, particularmente nesta fase delicada. Para "*romper o muro de silêncio*" à volta do HIV/SIDA, é necessário o papel exemplar e público das autoridades da Saúde e do Estado, a promoção de modelos de comportamento abertos (não faz sentido falar, nesta altura, do problema da estigmatização e enaltecer a confidencialidade e o secretismo como um *objectivo per se*). Para proteger a privacidade, o plano propõe considerar a distribuição de kits aos profissionais, de forma a consentir que cada funcionário faça a si próprio e privadamente o teste. Em cada hospital ou distrito deverá haver elementos focais de referência (funcionários anciãos, conhecidos) e associações entre pessoal vivendo com HIV/SIDA, a ser organizadas a partir dos funcionários HIV-positivos que assumiram a sua situação; deve-se estimular a formação contínua e sensibilização, em relação ao teste. É também importante monitorizar as causas de óbitos e absentismo por doença (junta médica, etc.) entre o pessoal e o número de profissionais de saúde em TARV .

Motivação. O plano presta atenção, com uma série de propostas de incentivos a serem analisadas em sede oportuna, à melhoria da situação social e económica do pessoal de saúde. O pacote proposto compreende o *topping up* para os especialistas nacionais fora da Cidade de Maputo, benefícios para os médicos especialistas em regime de exclusividade no HCM (utilizando parte dos lucros das Clínicas Especiais), a promoção de condições para os médicos de clínica geral (como contrapartida pede-se a presença contínua no lugar de trabalho, a ser monitorizada), a revisão do bônus especial para os licenciados, a revisão do bônus especial para profissionais de nível médio, básico e elementar que trabalham em situação e áreas de isolamento, a distribuição equitativa do bônus de almoço, a revisão do subsídio de risco, a possibilidade de instituir um incentivo de desempenho, a revitalização dos fundos para assistência social e familiar, créditos para os profissionais de saúde, a construção de habitações para o pessoal que trabalha no campo (com disponibilidade de energia eléctrica), bolsas de estudo para os filhos dos trabalhadores colocados em áreas rurais, contribuições para renda de casa em favor dos técnicos de saúde e a aquisição de telefones celulares para o pessoal do Banco de Socorros, o pessoal de urgência e outro pessoal crítico.

Cenário financeiro e custos

De acordo com a proposta do Governo, que deverá ser aprovada pela Assembleia Popular, a despesa pública alcançará em 2005 45.059 bilhões de MZM (cerca de 2 bilhões de USD), com um crescimento real de 23,7% em relação a 2004. A cota do financiamento interno aumentará, face a estabilidade dos recursos externos. A despesa com a saúde crescerá de 20,6% em termos reais (dado este julgado demasiado otimista pela

DPC), constituindo 13,7% da despesa pública (um dos valores mais elevados a nível mundial) e 3,7% do PIB. Por sua vez, a despesa com o funcionalismo público será de 12.028 bilhões de MZM (513 milhões de USD), 7,6% do PIB. Esta importância deveria permitir o ingresso de 9795 novos funcionários públicos (entre os quais 1767 para a Saúde), e o pagamento correspondente às progressões e promoções na carreira. Contudo, o aumento esperado da procura de bens e serviços públicos provocará uma ainda maior necessidade de financiamento, com redução da poupança pública, uma pressão para subida das taxas de juro, actuando, assim, como factor inflatório. De acordo com as receitas do MPF, a situação deverá ser enfrentada controlando a expansão da despesa, aumentando o índice de fiscalidade e aumentando as despesas de investimento em relação ao PIB. Como resultado, o financiamento ao Sector Saúde deveria abrandar nos anos seguintes a 2005, fixando-se em 7% (2006) e 6% (2007). Contudo, a proposta do Governo para 2005, se for aprovada pela AP, é muito mais favorável ao crescimento do Sector Saúde em relação ao que tinha sido estabelecido pelo Cenário Fiscal de Médio Prazo. O Plano dos Recursos Humanos, pelos números que propõe em relação ao pessoal médio e superior, aposta, em grande parte sobre esta perspectiva.

Considerando a média salarial por cada categoria, o pessoal de saúde projectado para 2010 deveria custar, a preços constantes 2004, cerca de 62,2 milhões de USD, o que implica um aumento real de 35,3% em relação à despesa actual. Para garantir o funcionamento geral do sistema aos níveis actuais, a despesa global com o Sector Saúde deveria crescer em 92,8 milhões de USD. Contudo, o investimento maior nos quadros médio-superiores comportaria um crescimento real da despesa a preços constantes de 2004 que se estima entre 105 e 132 milhões de USD. Se o investimento estiver limitado ao pessoal, sem um aumento proporcional das despesas com infraestruturas, equipamento e medicamentos, o resultado será uma utilização ineficiente dos recursos humanos melhor formados, tendo à disposição meios e materiais que poderiam ser utilizados, com a mesma eficácia, por profissionais de níveis inferiores, a custos inferiores e sem desperdício de competência profissional.

O cálculo não toma em conta eventuais melhorias salariais, nem os diferentes esquemas de incentivos propostos. Se todos estes subsídios forem aceites e aprovados – o que implica o consentimento do GM e dos ministérios interessados (MPF e MAE) e o apoio da Comunidade Internacional - a despesa total com o pessoal de saúde para 2010, a preços de 2004, deveria rondar em cerca de 80 milhões de USD.

O custo da formação acelerada de profissionais de nível básico, médio e médio especializado previstos pelo plano foi estimado em 23.279.800 USD, sem considerar os custos normais de funcionamento das IFs. Tal importância garante a implementação do Plano de Formação 2005-10 equivalente a 119 cursos de nível médio (especializado, promoção e inicial), e 116 cursos de nível básico (94 identificados mais 22 de promoção em substituição dos cursos médios). O reforço com docentes qualificados – profissionais de nível superior experientes - e meios didácticos, aumentará o custo para um total de cerca de 30 milhões de USD, portanto cerca de 5 milhões por ano. A esta importância devem ser acrescentados os custos do ISCISA e dos cursos de nível médio, especializado e superior para os quais o MISAU deverá contratar IFs externas. O funcionamento integrado do sector de formação contínua (FC), delegado inteiramente às províncias, deveria trazer despesas na mesma ordem de grandeza. Somente o plano de FC sobre o HIV/SIDA, para todos os funcionários da saúde, que previa também o reforço do sector nas províncias, custaria a cerca de 11 milhões de USD. Contudo, uma estimativa dos custos da FC é difícil, devido à forma fragmentada e verticalizada com que a grande maioria das actividades são conduzidas até ao momento.

Reformas

Num momento de grandes mudanças sociais, um Plano de Recursos Humanos de um sector fundamental como a Saúde não seria completo sem uma análise dos mecanismos de gestão e administração do Sector Público e das possibilidades de reforma e modernização. O sistema é centralizado e obsoleto, construído sob um modelo de aparelho do estado que foi concebido já no fim do século XIX. Em Moçambique a reforma é dirigida à melhoria dos serviços, considera sobretudo as questões ligadas à descentralização, por sua vez definida nas três vertentes da *devolução* dos poderes de decisão às autarquias, *delegação* dos serviços a terceiros e *desconcentração* das responsabilidades aos níveis subalternos.

Nos últimos anos, têm aparecido cada vez mais práticas laborais que carecem de normalização, tais como procedimentos autónomos informais na gestão dos maiores hospitais, contratação directa de pessoal técnico por entidades privadas que cooperam com o MISAU, contratação de consultores nacionais e expatriados no âmbito de programas do MISAU com fundos externos, incentivos a dirigentes por parte das agências de cooperação, auto-redução dos horários de trabalho, actividades privadas em tempo parcial. Estas novas modalidades e formas de trabalho implicam o aparecimento de esquemas múltiplos de prestação de serviços, com conflitos de lealdade, interferências nas linhas de autoridade e de prestação de contas. Trata-se, por um lado de encher o *vacuum* normativo e legislativo e, por outro, de realizar um modelo de gestão de RH que necessita níveis mais elevados de coordenação e cooperação entre as partes envolvidas.

O papel crescente das ONGs na luta ao SIDA, suportado pelas novas iniciativas da Cooperação Internacional (GFFATM, PERFAR, MAP, TAP), junto ao dinamismo de outros intervenientes do sector privado (escolas de saúde, farmácias, laboratórios etc.) está abrindo novas oportunidades de cooperação no Sector Saúde, que implicam a necessidade de uma normativa que garanta os interesses dos próprios trabalhadores e do sistema de saúde público em geral. As ONGs contratadas deverão realizar as actividades acordadas, com base em metas e objectivos a serem avaliados periodicamente.

Internamente ao sistema, põe-se a questão do relacionamento entre o MISAU e as próprias unidades do SNS que poderá ser regulamentado através de acordos contratuais, capazes de definir os serviços a prestar em termos qualitativos e quantitativos (*contracting in*). Contratos de prestação de serviços poderão ocorrer também directamente *entre instituições do SNS* (por exemplo, um hospital contrataria um centro de formação para o treino do pessoal técnico de que precisa), ou entre estas e instituições privadas. Necessita também de regulamentação, dentro dos próprios hospitais, a actividade privada em ambiente público, que permita uma redistribuição dos lucros para a estrutura pública, em benefício das camadas menos favorecidas da população.

No sistema actual de contratação do pessoal, fortemente centralizado e burocratizado, o salário “segue” o trabalhador e não a vaga, uma transferência “reduz” o fundo de salários da US. O plano propõe mecanismos mais flexíveis de gestão do pessoal, através da revisão das normas que regulam a abertura de novos postos de trabalho. Estes seriam abertos a partir das unidades sanitárias, com base em diferentes critérios, tais como as equipas mínimas estabelecidas pelo DM 127/2002, as cargas de trabalho, as condições de acesso e a política de expansão dos serviços. Maior atenção e uma atitude liberal (mas que, ao mesmo tempo proteja os interesses públicos e dos trabalhadores) deverão merecer também os contratos a termo ou em tempo parcial.

Negociar um Estatuto Autónomo para os funcionários do SNS é uma opção já tomada em consideração pelo MISAU desde alguns anos; permitiria uma maior flexibilidade na política salarial e o desenvolvimento de novas formas nas relações laborais. Uma proposta para tal deveria considerar os novos cenários de trabalho; necessita propiciar um ambiente político favorável e deveria ser elaborada por uma comissão mista (MISAU, MPF, MAE).

No âmbito da Reforma é necessário reforçar o sistema de legalidade, através da criação de uma Instituição para a Regulação Profissional. Esta Agência tomaria decisões, entre outro, em relação às más práticas profissionais, à aprovação das qualificações técnico-profissionais e dos elementos licenciados no estrangeiro, e dos cursos de formação para saúde dentro do País. Deverão ficar melhor definidas e separadas as funções diferentes (e potencialmente em conflito) de “formador”, “empregador”, “implementador” e “juiz” exercidas frequentemente dentro das mesmas instituições do MISAU. A agência que se propõe criar deveria ser independente, única, sub-dividida em departamentos para cada categoria de profissionais (médicos, enfermeiros, radiologistas, farmacêuticos, etc.). O seu funcionamento estaria baseado na consulta *ad hoc* de profissionais experientes e estimados em cada sector profissional. Em particular, é necessário responsabilizar o pessoal de saúde para os actos médicos praticados e agilizar os procedimentos de repressão e perseguição dos actos ilegais e criminosos.

Frente aos grandes desafios que, antes ou depois, o sistema deverá enfrentar para não ficar ultrapassado pela evolução desregrada da situação actual, ressalta a falta de competências administrativas e de gestão a todos os níveis do sector saúde. A delegação das responsabilidades aos hospitais deve ser acompanhada

por um aumento das capacidades técnicas na tomada das decisões e na prestação de conta. A entrada e vigor de normas para definir e gerir as relações contratuais com USs, ONGs, serviços privados de qualquer tipo devem ser acompanhados pela capacitação das DPSs (e DDSs) na elaboração, monitoria e avaliação dos contratos (*contracting out*); as competências inspectivas e de supervisão geral do MISAU deverão aumentar em medida proporcional. Todo isto reflecte-se na necessidade urgente de quadros técnicos administrativos e profissionais (em boa parte não ou não necessariamente médicos) médios e superiores, a todos os níveis do Sistema de Saúde, que o plano toma em consideração. Contudo, por razões que devem ser reconhecidas e enfrentadas, os investimentos até ao momento ocorridos para aumentar as capacidades de gestão do sistema, seja em termos de formação contínua, seja em termos de aumento dos quadros superiores e de assistência técnica contratada, não têm melhorado significativamente a situação. Uma resposta que não considere as razões destes resultados negativos e proponha simplesmente mais formação em trabalho e/ou mais AT muito provavelmente não solucionará o problema, engendrando, ao contrário, mais frustração. A elaboração de uma estratégia de desenvolvimento institucional de longo prazo, a mudança da normativa que permita anular as condições e os “incentivos negativos” que provocam distorções no sistema, são assuntos prioritários, e deveriam acompanhar e condicionar o processo de reforma em curso. A formação contínua em gestão deveria enquadrar-se dentro da própria estratégia de desenvolvimento institucional. Deve-se actuar na medida em que se torne mais funcional o ambiente e os mecanismos de gestão. O plano propõe formar as equipas e não os técnicos isolados e manter o seu seguimento (supervisão, revisão ao longo dos anos com base nos mesmos critérios), utilizando formadores com boa experiência local e abordagens práticas, por resolução de problemas, a intervalos regulares.

Conclusões

Muito pode ser feito para usar com maior eficiência o pessoal de Saúde. Muita informação já existe, outra poderá ser encontrada com estudos e inquéritos *ad hoc* como os sugeridos neste documento. Contudo, qualquer mudança no sistema que comporte uma melhoria significativa e sustentável da qualidade e do acesso aos cuidados de saúde, está condicionada por um orçamento geral do sector que, embora em aumento nos últimos anos, permanece irrisório e bem abaixo do valor mínimo de 40 USD per capita estimado para a prestação de cuidados primários de saúde eficazes. Sem um compromisso de longo alcance, para elevar significativamente os limites orçamentais, qualquer avanço será limitado, precário e condicionado pelos inúmeros problemas e fraquezas que o sistema apresenta. Aliás, o facto de dispor de mais de 1200 USs, com pessoal, equipamento e medicamentos mínimos, representa já um milagre, na actual conjuntura económica e financeira. Sem um aumento tangível dos fundos, será praticamente impossível contar com pessoal motivado, mais qualificado, mais competente, e com as infraestruturas e os equipamentos necessário para exercer as suas funções. Ao mesmo tempo, as capacidades de gestão do sistema deveriam crescer mais que proporcionalmente ao aumento de recursos.

Maputo, 15 de Novembro,

F.V.

Lista dos Acrónimos

AA	Agente de Administração	FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
AdE	Aparelho do Estado	GATV	Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária
AE	Agente de Od.-Estomatologia	GFATM	Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
AF	Agente de Farmácia	GM	Governo de Moçambique
A fis	Agente de Medicina Física e Rabilitativa	HAI	Health Alliance International
AIDI	Atenção Integral às Doenças da Infância	HC	Hospital Central
AL	Agente de Laboratorio	HCB	Hospital central da Beira
AM	Agente de Medicina	HCM	Hospital Central de Maputo
AMP	Agente de Medicina Preventiva	HCN	Hospital Central de Nampula
APE	Agente Polivalente Elementar	HD	Hospital Distrital
ARV	Anti-Retroviral	HdD	Hospital de Dia
AT	Assistência Técnica	HIV	Human Immunodeficiency Virus
Aux F	Auxiliar de Farmácia	HP	Hospital Provincial
CDC	Center for Disease Control	HR	Hospital Rural
CFMP	Cenário Fiscal de Médio Prazo	IF	Instituição de Formação
CF	Centro de Formação	IMF	International Monetary Fund
CNCS	Conselho Nacional de Combate à SIDA	INE	Instituto Nacional de Estatística
CS	Centro de Saúde	INSS	Instituto Nacional de Segurança Social
CS UA	Centro de Saúde Urbano tipo A	IO	Infecções Oportunistas
CS UB	Centro de Saúde Urbano tipo B	IRA	Infecção Respiratória Aguda
CS UC	Centro de Saúde Urbano tipo C	ISCISA	Instituto Superior de Ciências de Saúde
CS R I	Centro de Saúde Rural tipo I	ISCTEM	Instituto Superior de Ciências e Tecnologias de Moçambique
CS R II	Centro de Saúde Rural tipo II	ISPU	Instituto Superior Pedagógico Universitário
DAG	Direcção de Administração e Gestão	ITS	Infecção de Transmissão Sexual
DCO	Dias Camas Ocupadas	MAP	Multicountry Aids Program
DDS	Direcção Distrital de Saúde	MDG	Millenium Development Goal
DPS	Direcção Provincial de Saúde	MM	Mortalidade Materna
DFID	Department For International Development	MI	Mortalidade Infantil
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação	MAE	Ministério da Administração Estatal
DM	Diploma Ministerial	Micr	Microscopista
DNS	Direcção Nacional de Saúde	MINED	Ministério da Educação
DNS/DAM	Direcção da Assistência Médica	MISAU	Ministério da Saúde
DNS/DF	Departamento Farmacêutico	MPF	Ministério do Plano e Finanças
DOT	Directly Observed Treatment	MSF	Médecins Sans Frontières
DPPF	Direcção Provincial de Plano e Finanças	MZM	Mozambican Metical
DPRH	Direcção Provincial de Recursos Humanos	NU	Nações Unidas
DRH	Direcção Recursos Humanos	OC	Orgãos Centrais
DRH/DF	Departamento de Formação	OE	Orçamento do Estado
EB	Enfermeiro Básico	OMS	Organização Mundial da Saúde
EE	Enfermeiro Elementar	ONG	Organização Não Governamental
ELAT	Estratégia de Luta Anti-Tuberculose	PALOP	Países de Língua Oficial Portuguesa
EP	Enfermeira Parteira	PEN	Plano Estratégico Nacional
ESMI	Enfermeira de SMI	PEPFAR	President Emergency Programm for AIDS Relief
FAM	Fundo Assistência Médica	PESS	Plano Estratégico Sector Saúde
FC	Formação Contínua		
FCP	Fundo Comum Provincial		

PARPA	Programa de Acção para Redução da Pobreza Absoluta
PDRH	Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos
PIS	Plano de Investimento de Saúde
PNB	Produto Nacional Bruto
PNI	Programa Nacional Integrado
POA	Plano Operacional Anual
PS	Posto de Saúde
PTV	Prevenção Transmissão Vertical
RDA	República Democrática da Alemanha
RH	Recursos Humanos
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIP	Sistema de Informação do Pessoal
SIS	Sistema de Informação de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SWAp	Sector Wide Approach
TA	Técnico de Administração
TAP	Treatment Acceleration Programme
TARV	Tratamento Anti-RetroViral
TC	Técnico de Cirurgia
TF	Técnico de Farmácia
T fis	Técnico de Med. física e reabil.
TL	Técnico de Laboratório
TM	Técnico de Medicina
TMP	Técnico de Medicina Preventiva
TE	Técnico de (Odonto)Estomatologia
TOC	Tempo de Ocupação Camas
TP	Tuberculose Pulmonar
TR	Técnico de Radiologia
UA	Unidade de Atendimento
US	Unidade Sanitária
USAID	United States Agency for International Development
USD	Dólar EUA

Sumário

Acrónimos

Índice

Introdução.....	15
Parte I.....	16
Análise da situação existente.....	16
Contexto e Necessidades de Saúde.....	16
O Contexto Histórico.....	16
O PDRH 2001-2010.....	18
O Contexto Político.....	18
Millenium Development Goals (MDGs) e globalização.....	19
Sociedade Civil.....	21
Associações Profissionais.....	21
Ambiente macro-económico e financeiro.....	22
Os intervenientes na prestação e financiamento dos serviços de saúde.....	24
Seguros de Saúde.....	26
Reforma do Sector Público e implicações para os RH.....	27
O Contexto Demográfico.....	32
Estratégias de Saúde perante o Contexto Epidemiológico.....	32
Condições de acesso. A rede sanitária.....	39
O Pessoal de Saúde.....	41
Composição e distribuição por US e região do quadro do pessoal existente.....	41
Dinâmica do pessoal: ingressos, perdas, aposentações.....	44
Género.....	45
Emigração do pessoal de Saúde.....	46
Formação Inicial. Técnicos Básicos e Médios.....	48
Capacidade Institucional de Formação.....	48
Condições de Ingresso: Recrutamento e Selecção.....	55
Desenvolvimento do Plano Nacional de Formação.....	58
Formação de médicos e de especialistas.....	61
Gestão do pessoal e Assistência Técnica.....	63
Administração e Planificação.....	63
Informação.....	64
Assistência Técnica (AT) aos Órgãos Centrais.....	64
Assistência Técnica aos Hospitais: os medicos especialistas.....	67
O Pessoal de Saúde e as Actividades Prestadas.....	72
Financiamentos e Gastos com o Pessoal de Saúde.....	76
Parte II: Propostas de Objectivos Estratégicos e Actividades.....	83
Objectivo Estratégico 1: pessoal de saúde formado e distribuído de acordo com as necessidades.....	83
Enfermagem (tabela 38).....	86
Farmácia (tabela 39).....	86
Laboratório (tabela 40).....	87
Medicina (tabela 41).....	87
ESMI (tabela 42).....	88
Medicina Preventiva (tabela 43).....	90

Estomatologia (tabela 44).....	90
Administração (tabela 45).....	90
Outras carreiras de saúde. Técnicos especializados (tabela 46)	91
Quadros de Saúde Comunitários	93
Médicos de clínica geral (tabela 41)	94
Médicos especialistas.....	94
Assistência Técnica aos OCs	96
Objectivo Estratégico 2: Planificação Descentralizada dos Cursos de Formação Básica	96
Objectivo Estratégico 3: Avaliação e Formação dos Profissionais Técnicos de Saúde de nível Básico... 97	97
Principais Constrangimentos	101
Capacidade Docente	102
Capacidade Logística	102
Programas de Formação.....	102
Perspectivas de Desenvolvimento Institucional da Rede de Formação	103
Projecção e Custos do Pessoal em 2010.....	104
Área de gestão	106
Capacitação dos gestores	106
Objectivo Estratégico 4: Maior eficiência na Gestão do Pessoal.....	107
Objectivo Estratégico 5: Maior Eficiência na Administração do pessoal.....	108
Objectivo Estratégico 6: Presença mais equitativa de homens e mulheres em todos os níveis e categorias.....	110
Objectivo Estratégico 7: Minimizar o Impacto do HIV/SIDA entre o Pessoal da Saúde.....	110
Programas Nacionais, MDG e pessoal.....	111
Objectivo Estratégico 8: Recursos Humanos em Número Suficiente e com Conhecimentos Correctos e Actualizados em relação aos Programas Prioritários	111
Dinâmicas laborais e política de motivação do pessoal	112
Objectivo Estratégico 9: Desenvolver o Sistema de Incentivos para Melhorar a Motivação dos Funcionários de Saúde.....	112
Incentivos	113
Análise sumária dos custos das propostas de incentivos.....	114
Perspectivas de reforma	122

Introdução

O presente documento compreende: uma análise detalhada do contexto político, económico, financeiro, social e epidemiológico do País; uma discussão das implicações para os Recursos Humanos (RH) de saúde; uma série de propostas para tornar a força de trabalho do Sistema Nacional de Saúde (SNS) mais adequada às necessidades de saúde da população, em termos qualitativos e quantitativos; uma previsão de necessidades dos profissionais e das actividades de formação inicial e contínua dentro das capacidades existentes e planificadas do sistema.

O Plano prevê o cenário mais optimista, e parte do pressuposto de que se mantenha o empenho do Governo de Moçambique (GM) e dos parceiros para conseguir o aumento dos fundos indispensáveis para o sector. Sem o crescimento substancial do orçamento do Sector Saúde, não será possível atingir os *Millenium Development Goals* estabelecidos pelas Nações Unidas (NU). Na discussão plenária programada por Novembro com todos os intervenientes do processo, serão talvez indicadas soluções menos ambiciosas. Se assim for, utilizando os modelos de custo elaborados, a revisão do plano será relativamente fácil e rápida.

Em seguida, será elaborado um Plano Operacional Específico por cada secção do PDRH, incluindo objectivos, actividades, cronograma, direcção, departamento e repartição responsável, custos e fonte prevista dos financiamentos.

O PDRH 2005-10 deverá tornar-se um documento de trabalho e um instrumento prático e flexível. A sua implementação deve ser monitorizada regularmente. Após cada exercício de avaliação, as metas planificadas deverão ser reajustadas de forma a reflectir as novas condições surgidas (alcance dos objectivos de cobertura, nova disponibilidade de recursos financeiros, etc.) e as capacidades de implementação construídas nesse intervalo de tempo.

Os objectivos gerais deverão ser ajustados a nível provincial, distrital e local, tendo em conta as formas como irá evoluindo o processo de reforma e descentralização, para reflectir as novas capacidades de autonomia surgidas nas posições subalternas.

Usando esta abordagem o plano tornar-se-á um documento vivo, constantemente actualizado para responder ao contexto.

Nesta primeira versão foi incluída praticamente toda a documentação elaborada. Na versão final serão mantidos só os pontos mais relevantes, relegando as partes restantes aos anexos.

Parte I.

Análise da situação existente

Contexto e Necessidades de Saúde

Contexto Histórico

A problemática actual dos recursos humanos do SNS é o resultado de factores interligados, originados dentro e fora do Sector Saúde, em fases bem definíveis:

1. o período colonial (cerca de 1860² a 1975).
2. o período pós-independência (1975-1981), com ênfase para os cuidados primários de saúde.
3. a guerra civil (ca. 1982-1992), com o abandono de grande parte da rede sanitária.
4. a reconstrução pós-guerra (1993-2000), com a reabilitação das USs, a re-expansão do sistema e a re-colocação dos profissionais de saúde nas USs periféricas.
5. a fase actual (2000 →) de crescimento económico, com o aumento do acesso aos serviços, a legalização da medicina privada, o apoio integrado dos parceiros e o dramático aumento da epidemia de HIV-SIDA.

De cada momento ficaram marcas claras na estruturação do sector, na política do pessoal de saúde, na composição actual do quadro do pessoal e até na pirâmide etária das categorias e carreiras dos profissionais de saúde. Estas marcas reflectem-se nas instâncias e nos anseios diferentes da variada força de trabalho do SNS.

1. A fase colonial deixou um sistema de saúde organizado em poucos grandes hospitais urbanos e mais alguns hospitais missionários que serviam a população “indígena” e terminou com a saída precipitada da maioria dos médicos, então já insuficientes³. O País herdou *uma crónica dependência da AT expatriada, sobretudo de médicos especialistas*, que foi em parte resolvida graças ao apoio dos países então socialistas, algo que ainda se reflecte na composição por nacionalidade destes profissionais. Mas as ligações coloniais são bem mais profundas: o mesmo sistema de contratação dos trabalhadores da saúde como *quadros da função pública*, que reflectia o papel central do Estado na sociedade, comum ao Salazarismo e ao sucessivo regime socialista, manteve-se inalterado até agora.

2. Para responder aos novos desafios da política de saúde, foi necessário, após 1975, formar em pouco tempo, profissionais de saúde com capacidades rudimentares, muitas vezes a partir do pessoal serventário (*quadros elementares*) e, sobretudo, técnicos inteiramente novos, (nas áreas de *medicina curativa e preventiva, saúde materno-infantil*, tabela 8). A estruturação da rede sanitária colonial, combinada à grande expansão da rede primária da fase seguinte, deixou o sistema com uma *penúria de hospitais de referência intermédios, de nível secundário* (hospital rural, HR, hospital distrital, HD – tabela 6).⁴ Após 1975, com a ilegalização da medicina privada e a nacionalização dos hospitais missionários, criaram-se fracturas no sistema sanitário. O modelo iluminista, equitativo e universalista do sistema de saúde, realizado dentro de uma lógica centralista, impulsionou a *capacidade organizacional* do MISAU e determinou um *espírito de disciplina e abnegação* nos profissionais, que ainda se mantem, não obstante os problemas e distorções ocorridos nas fases seguintes.

² O Hospital Miguel Bombarda de L.M. foi construído em 1899 (em Soares T. Resultados da Política de Saúde em Moçambique” em Moçambique: Curso de Extensão Universitária (Ano Lectivo 1964-65 – Lisboa. Companhia Nacional Editora 1965. Pág. 1965)

³ Gulube L L Organização da Rede Sanitária Colonial no Sul do Save (1960-1974) Promédia, Maputo, 2003. Pág. 148.

⁴ Plano de Investimento de Saúde. MISAU/DPC, Maputo, 2003.

3. A guerra civil levou à destruição de boa parte das infraestruturas⁵, deixou inoperante a rede sanitária⁶ e condições de insegurança tais que a grande maioria do *peçoal de saúde teve que ser retirado para as USs urbanas*. Neste contexto, e perante a falência económica do País, as agências externas de cooperação adquiriram um papel e um grau de autonomia não imaginável nos primeiros anos após a independência. A diminuição do valor real dos salários, determinou o *empobrecimento geral dos funcionários de saúde*, que beneficiavam de condições relativamente privilegiadas no tempo colonial, levando à procura de “*estratégias alternativas de sobrevivência*”, muitas vezes nos limites ou fora da legalidade,⁷ perante uma certa passividade na repressão das irregularidades.

4. Com o fim da guerra, aumentou notavelmente o orçamento do Estado para o Sector Saúde. O apoio da Comunidade Internacional permitiu a recuperação do sistema, mas levou a uma fase de grande dependência dos fundos externos. A reconstrução, inevitavelmente caótica, pela participação não coordenada de muitos parceiros, numa situação de fraqueza institucional, levou à edificação de uma miríade de pequenos centros e postos de saúde (CSs, PSs), por vezes difíceis de classificar (anexo 4), sem critérios de construção ou localização racional.⁸ Isto *acentua as dificuldades na colocação de pessoal de saúde nas áreas mais desfavorecidas*, uma tarefa que já, por si, não é fácil, e também engendra confusão quando se quantificam as USs “sem pessoal técnico”. A gestão financeira tornou-se bastante complicada, pela multiplicação dos mecanismos de desembolso e canalização dos fundos. A mesma política de Saúde ficou inevitavelmente condicionada pela intervenção das agências financiadoras externas. Entretanto, a medicina privada foi reintroduzida legalmente em Moçambique. Devido à pobreza generalizada, os clientes ficaram limitados a uma pequena elite urbana, mas o sector é importante pelas *oportunidades de trabalho que oferece aos médicos especialistas*, os quais têm ainda maiores incentivos para trabalhar na capital. O *exercício da profissão médica privada nos maiores hospitais* é um novo fenómeno em desenvolvimento.⁹ O *sector privado não-lucrativo* também foi reintroduzido, embora sem alcançar os níveis de actividades anteriores à independência.¹⁰ O PDRH 1992-2002, que deu nova ênfase à formação de técnicos para a rede sanitária periférica, à correcção das iniquidades entre as regiões do País, entre a Cidade e o Campo e à recomposição de uma pirâmide do pessoal desequilibrada pelo excesso de pessoal não qualificado, foi *endossado pelos dirigentes do MISAU e apoiado financeiramente pelo Banco Mundial, tendo sido realizado, em boa parte, com êxito*.¹¹ A *rede das instituições de formação* foi completamente reabilitada e aumentada. Não obstante os condicionalismos do FMI, o GM operou uma *cautelosa política de melhorias salariais*.

5. A fase actual é caracterizada pelo desenvolvimento dos mecanismos de financiamento da Cooperação Internacional através do SWAp, pelas iniciativas de luta contra o SIDA, que viu o desenvolvimento de serviços de saúde inteiramente novos, com o apoio de algumas iniciativas internacionais de vulto (GFATM, TAP, etc.), que, por sua vez, têm recolocado o papel das ONGs na prestação dos cuidados de saúde. Internamente, têm assumido importância o processo de reforma do Estado, que está a avançar lentamente devido a opções políticas diferenciadas e à fraqueza institucional.¹² Todos estes acontecimentos reflectem-se na problemática dos recursos humanos. Assim, em 2001, uma proposta de reforma salarial¹³ foi indeferida pelos MPF e MAE, principalmente pelo encargo financeiro que comportava, mas também pelo enquadramento do pessoal de saúde no quadro da função pública.

⁵ Cliff J & Noormahomed AR 1988. Health as a target: South Africa's destabilization of Mozambique *Soc Sci Med*; 27: 717-722.

⁶ FRELIMO Relatório do Comité Central ao V Congresso, Julho de 1989, Maputo, pág. 238.

⁷ Pesquisa sobre Estratégias de Sobrevivência do pessoal de Saúde, UEM, 2000

⁸ Aid, Change and Second Thoughts: Managing external resources in the health sector in Mozambique Pavignani E Durão JR. MOH Mozambique 1997

⁹ McPake B, Hongoro C, A Cost- Analysis of Maputo Central Hospital, Republic of Mozambique LSHTM-AUSTRAL-LATH, 2003

¹⁰ Scuccato R e Soares I. Provedores Privados Não-Lucrativos de Serviços de Saúde em Moçambique.SDC, Maputo, Abril 2001.

¹¹ Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos 2001-10, MISAU/DRH, Maputo, 2001.

¹² Economist Country Profile, April 2004.

¹³ Consultoria para Revisão das Normas Regulamentares sobre carreiras Profissionais Específicas da Saúde. A. Pereira. R. MISAU/DRH. 2001. Maputo

PDRH 2001-2010

O objectivo do PDRH 2001-2010, como componente do PESS, foi *aumentar o acesso aos cuidados de saúde com pessoal técnico melhor qualificado* (impulsionando a formação de nível médio). Portanto, estava focado sobre a qualidade dos serviços e enfatizava a formação em trabalho e a requalificação do pessoal existente. Estabeleciam-se metas relativamente modestas em termos quantitativos, considerando tanto as capacidades de crescimento globais (da rede sanitária, da disponibilidade de equipamentos e medicamentos), como os limites financeiros existentes, como as margens de melhoria das condições salariais, que, argumentava-se, teriam sido aniquiladas por um aumento não controlado da força de trabalho.¹⁴ Na prática, o PDRH 2001-10, tem vindo a ser cumprido formando quadros bem acima do planificado (2620 técnicos, até Junho 2004, um número superior aos que foram treinados nos oito anos precedentes e 52% das previsões do plano). A grande maioria dos técnicos de saúde formados foram básicos, nas categorias de SMI, medicina preventiva e enfermagem¹⁵. Isto aconteceu porque muitas instituições de formação (IFs) ainda não estavam capacitadas para formação de técnicos de nível médio. O curto período de formação básica (um ano e meio) permitiu produzir números elevados de novos técnicos formados.¹⁶

Provavelmente, o PDRH subestimava as necessidades reais de quadros, frente ao forte aumento das actividades de saúde denunciado nas estatísticas. A formação, “em excesso”, em relação às capacidades de absorção do sistema público, não é, *per se* um facto negativo, se não ocorrer à custa da qualidade do ensino e se houver saídas alternativas no mercado do trabalho; mais, favorece a possibilidade de preencher as vagas nas áreas menos favorecidas e vai ao encontro das novas necessidades de pessoal nos serviços de luta contra o HIV/SIDA.

O plano preconizava uma gestão mais eficiente do pessoal existente, mas, evidentemente, não considerou a falta de capacidade técnica para tal. As actividades de formação contínua não foram realizadas, por falta de recursos humanos e financeiros. A descida repentina nos custos dos medicamentos anti-retrovirais, por sua vez, determinou uma viragem estratégica drástica nos planos de combate ao SIDA¹⁷. A possibilidade, pelo menos teórica, de salvar centenas de milhares de vidas humanas, apoiada pela opinião pública mundial, atraiu o interesse das grandes agências bi- e multilaterais. Foram concebidos serviços de prevenção e tratamento inteiramente novos e foi planificada a sua rápida expansão. Nos programas do GFATM, MAP e mesmo no PEN ITS/HIV/SIDA, foi previsto o *financiamento de cursos adicionais de formação inicial*, para ir ao encontro das novas necessidades de pessoal. Entretanto, a ênfase no papel do sector privado não lucrativo e das ONGs no combate ao SIDA abriu novas problemáticas em relação à contratação de pessoal de Saúde fora do sistema, alimentando o debate relativo ao processo de reforma e descentralização (*contracting in, contracting out*). Assim, o PDRH ficou praticamente ultrapassado.

Contexto Político

O Programa do GM 2000-2004 no domínio da saúde enfatiza a necessidade da massificação dos cuidados básicos a toda a população por forma a, “*concomitantemente com a universalização do acesso à educação primária, contribuir para promover a elevação da oferta de recursos humanos mais saudáveis, capacitados e motivados, no País.*”¹⁸ O objectivo geral do Plano de Acção para Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) é a redução da pobreza absoluta em 30% entre 1997 e 2010. A saúde é uma das 6 áreas prioritárias. O PARPA é

¹⁴ Este ponto, em 2004, foi retomado por Myers (ref.)

¹⁵ O grau de cumprimento do PDRH foi de facto determinado pela grande pressão para aumentar o número de quadros (“*há falta de quadros! O SIDA determinará um enorme aumento de perdas de quadros!*”), sem considerar as capacidades de absorção do sistema.

¹⁶ A formação de pessoal de SMI foi encorajada e financiada por parte de parceiros multilaterais e bilaterais, que garantiram fundos para formação limitados a estes quadros. Instâncias superiores determinaram a formação de pessoal de medicina preventiva, não obstante o PDRH considerasse prioritária a formação de outras categorias, quais pessoal de área farmacêutica, medicina curativa e laboratório.

¹⁷ PEN ITS/HIV/SIDA – Sector Saúde 2004-2008. MISAU/DNS, Maputo, 2004.

¹⁸ Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) 2000-2004. GM, 2000.

o primeiro documento público de ampla disseminação que reconhece a necessidade de enfrentar a corrupção; apresenta como objectivos principais na área estratégica da Saúde: “a melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde primários (saúde materno-infantil e saúde de jovens) e o combate às grandes endemias (malária, tuberculose, e lepra) e ao HIV-SIDA.” Para atingir tais objectivos é preciso também “expandir a rede sanitária e desenvolver os recursos humanos, assim como aperfeiçoar o planeamento e métodos de gestão no Sector Saúde.”¹⁹ Tais medidas devem ser implementadas através do Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS). Uma atenção particular é dada ao HIV/SIDA no Sector Saúde.

É explícita a estratégia de priorizar os critérios de equidade, redistribuição e justiça social. A ênfase no aumento do acesso, nos cuidados de saúde primários e na expansão da rede deve moldar a política de recursos humanos e de formação do pessoal de saúde.

Millenium Development Goals (MDGs) e globalização

Dos 6 objectivos de desenvolvimento do milénio indicados pelas NU até ao ano 2015, três referem-se à saúde, nomeadamente:

- 1) Parar e reverter a difusão da HIV/SIDA, tuberculose e malária.
- 2) Reduzir em $\frac{2}{3}$ a mortalidade 0-5 anos.
- 3) Reduzir em $\frac{3}{4}$ a mortalidade materna até 2015.

Isto dever-se-á reflectir na planificação dos RH, em termos de número, qualificações e competências. É necessário melhorar as condições ambientais, de saúde e de vida das camadas mais pobres da população, expandindo a cobertura e reforçando a capacidade de intervenção do pessoal que presta cuidados de saúde primários. O objectivo fundamental será assegurar o acesso universal a cuidados de saúde prestados por uma força de trabalho, cujas competências possam permitir avanços massivos na saúde: nomeadamente, água, saneamento, cuidados materno-infantis e acesso ao planeamento familiar. O PDRH deverá reflectir os MDGs na composição e distribuição da força de trabalho.

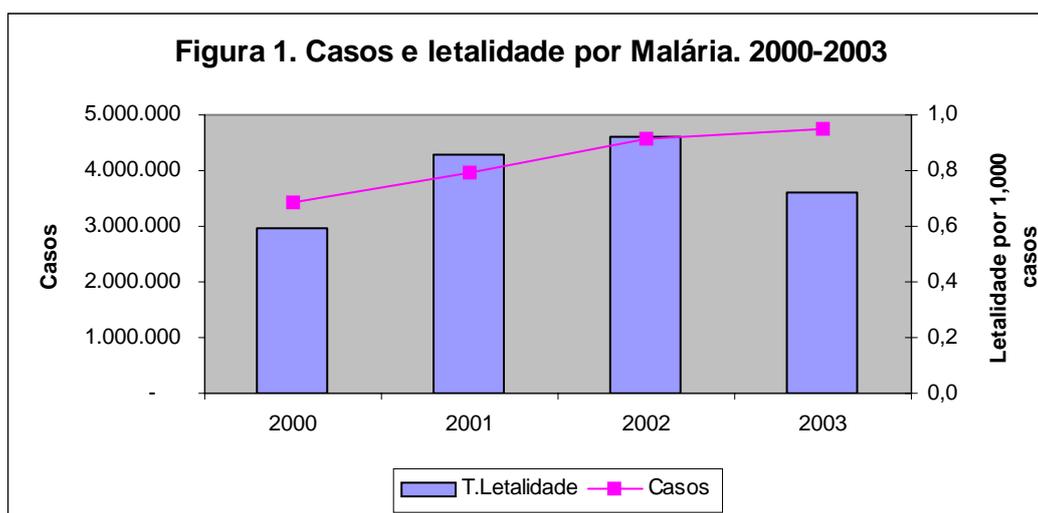
“A doença mantém a pobreza e afecta negativamente o crescimento e a segurança em todas as sociedades, tanto nas desenvolvidas como nas pobres – o acesso universal e a gestão eficiente dos sistemas de saúde são componentes cada vez mais importantes do bom governo.”²⁰ A saúde está sendo percebida mundialmente como um “bem público” a ser protegido, que inclui o acesso a prestadores de serviços de saúde adequadamente capacitados. Na época da globalização, a saúde de todos está tornando-se um assunto de segurança global e, portanto, uma responsabilidade da comunidade internacional. Isto já se reflectiu, em Moçambique, no SWAp como instrumento de agregação de consenso entre doadores e GM e traduziu-se num mecanismo de *pooling* de recursos financeiros através do Fundo PROSAÚDE. A política do SWAp e o apoio orçamental implicam também o reforço das capacidades de intervenção e coordenação do Estado, uma pré-condição indispensável para conseguir os objectivos de saúde pública e a redução da pobreza através de uma rede adequada de serviços de saúde. Na época da globalização, as ONGs são instrumentos úteis para realizar os direitos humanos, incluindo o direito à saúde. Para tal, as suas actividades devem estar integradas e coordenadas na perspectiva estratégica da saúde pública do País. Deve-se estabelecer um mecanismo de coordenação regular entre o Ministério da Saúde e ONGs a nível nacional e provincial, para coordenar as actividades de saúde e melhorar a produtividade e eficácia dos RH trabalhando nas diferentes instituições de saúde.

Em relação aos objectivos do milénio, está a ser registado nestes últimos anos em Moçambique um aumento na notificação dos casos de malária (figura 1), SIDA (figura 2) e tuberculose, em parte devido à melhoria do acesso.

A malária continua a ser a condição mais frequentemente notificada, em progressivo aumento nos últimos 4 anos, atingindo cerca de 26 casos por cada 100 habitantes em 2003. A taxa de letalidade em 2003 foi de 0.72 óbitos por 1,000 casos.

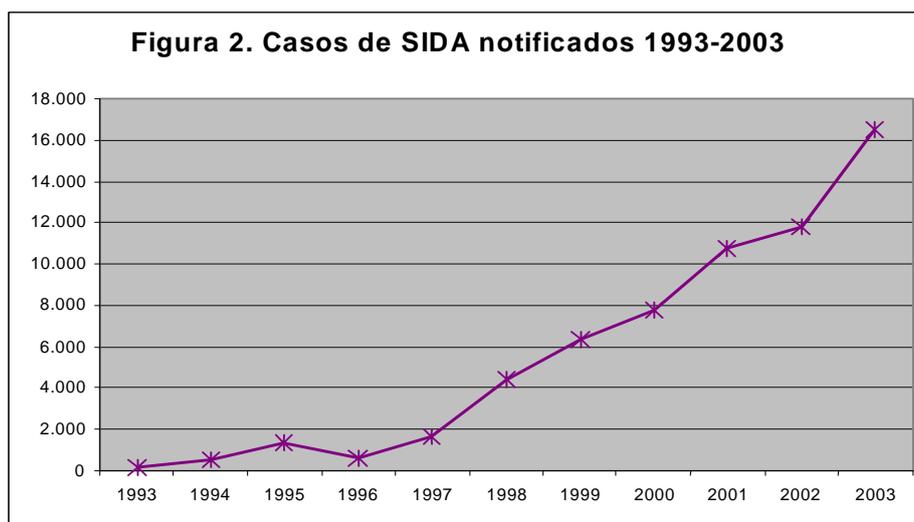
¹⁹ Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) 2000-2004. cit.

²⁰ Kickbusch I. The End of Public Health As We Know It: Constructing Public Health in the 21 st Century. Hugh R. leavell Lecture del. At the 10o Int Congr on Pub. Health (WFPHA) 19-22 April 2004, Brighton, UK (traduzido do Inglês)



Fonte: BES 2004.

A notificação de casos de SIDA (figura 2) começou a aumentar já em 1998 e, em 2003, era de mais de 16.000 novos casos, mais de metade notificados na Cidade de Maputo. No entanto, os casos notificados representaram apenas 16% dos casos novos esperados.



Fonte: MISAU/ PNC ITS/SIDA 2004.

Aumentou a notificação dos casos de tuberculose: em 2003 cerca de 27.000 casos foram notificados (+10% em relação a 2002). São despistados e tratados cerca de 40% dos casos estimados.

A monitorização da mortalidade materna (MM) e infantil (MI) mostra resultados encorajadores: a MI teria diminuído de 147 por mil entre 1997 e 2004 e a MM de 1083 para 408 por 100.000 nados vivos, no mesmo período. Contudo, o declínio pode ter sido sobre-estimado, sobretudo em relação à componente materna.²¹

A integração dos serviços e dos conhecimentos e competências das equipas de saúde relativamente a estas três doenças será útil para melhorar a eficiência e produtividade do sistema.

²¹ INE: Inquérito Demográfico 2003 sobre o Estado de Saúde da População Moçambicana. Maputo, 2004. Embora a cobertura dos partos institucionais tenha crescido lenta mas continuamente, não houve mudanças tão grandes para justificar uma descida desta envergadura

Sociedade Civil

É difícil analisar a “sociedade civil” no contexto Moçambicano, pela complexidade do assunto, as divergências na interpretação do conceito e a carência de estudos sobre as dinâmicas do desenvolvimento da sociedade nacional no momento actual.²² Por definição, deveriam fazer parte da sociedade civil formas de organização completamente independentes dos centros de poder político, administrativo, burocrático, militar e religioso, associações espontâneas de cidadãos com objectivos específicos e personalidades independentes, dotadas de autoridade moral e cultural, e capazes de influenciar o debate político com as suas ideias e intervenções, difundidas por meios de comunicação livres.²³ Sindicatos independentes, grupos de pressão como o constituído pelos ex-trabalhadores da extinta RDA, a União Nacional dos Camponeses, organizações de empresários, associações profissionais, jornais independentes, comunidades religiosas de base são algumas formas de organização que constituem o embrião da sociedade civil Moçambicana. O papel da sociedade tradicional, com as suas hierarquias reconhecidas e enraizadas na população rural poderia ser considerado, pelo menos a medida que condicione o poder e as decisões do “País Legal”. Muitas associações comunitárias, em Moçambique, preferem não ser chamadas “ONG” para salientar e defender a sua base social de voluntários e activistas; as ONGs nacionais, enraizadas nas cidades, não têm, *a priori*, a sua base social constituída.²⁴

Como quer que seja, a sociedade civil não está ainda suficientemente estruturada para actuar como salvaguarda dos direitos dos cidadãos nas instituições sanitárias, o que permite uma impunidade geral para os crimes ou comportamentos anti-deontológicos dos profissionais da saúde.²⁵

Muito do movimento global da sociedade civil exprime-se através das ONGs internacionais que contribuem para o desenvolvimento do Sector Saúde no País. Muitas destas ONGs são subsidiadas directamente por governos ou por instituições promovidas por estes, e, portanto, inscrevem-se nos objectivos de desenvolvimento humanitário dos próprios governos que as apoiam.

Associações Profissionais

Existem três associações de profissionais da saúde em Moçambique: a Associação Médica de Moçambique (AMM), a Associação Nacional dos Enfermeiros de Moçambique (ANEMO) e a associação dos Técnicos de Saúde de Moçambique (ATAMO).

A missão das três organizações é melhorar a qualidade dos profissionais de saúde e, portanto, dos cuidados de saúde prestados. Todas estão preocupadas com o HIV/SIDA, a falta de pessoal, a falta de normativa da profissão por um corpo profissional como a Ordem dos Médicos ou o Conselho dos Enfermeiros. As associações estão interessadas também nas condições de trabalho, nas possibilidades de carreira para os quadros, na formação contínua (FC) e nos incentivos. A ANEMO conta com cerca de 2300 membros, a ATAMO, com 200.

O número limitado de aderentes torna difícil financiar actividades, tais como seminários ou outras de FC, a não ser que haja disponibilidade de financiamentos externos, como no caso do projecto de cuidados domiciliários para o HIV/SIDA, actualmente realizado pela ANEMO. A situação financeira difícil das associações profissionais limita o seu papel, neste momento, à participação e contribuição no desenvolvimento profissional, quando são convidadas pelo MISAU. O MISAU convida representantes das três associações profissionais para os Conselhos Coordenadores de Saúde, *workshops* para revisões curriculares e pede comentários sempre que apresente novas propostas e regras para a gestão do pessoal.²⁶

²² Pelo pouco tempo à disposição não foi possível fazer nenhuma pesquisa aprofundada.

²³ Procura-se uma definição abrangente onde possam caber as ideias dos principais pensadores que escreveram sobre o argumento

²⁴ Van Eys T. Solidariedade com os Pobres ou Comércio no Mercado do Desenvolvimento? As Organizações Não Governamentais em Moçambique. Lusotopie, 2001/1: 145-159. Pág 149

²⁵ Ferrinho P, Omar C., The Human Resources for Health Situation in Mozambique Final Report May 2004. (Unpublished). Maputo Mozambique.

²⁶ Entrevistas com representantes da ANEMO e ATAMO. Não foi possível ter encontros com a AMM.

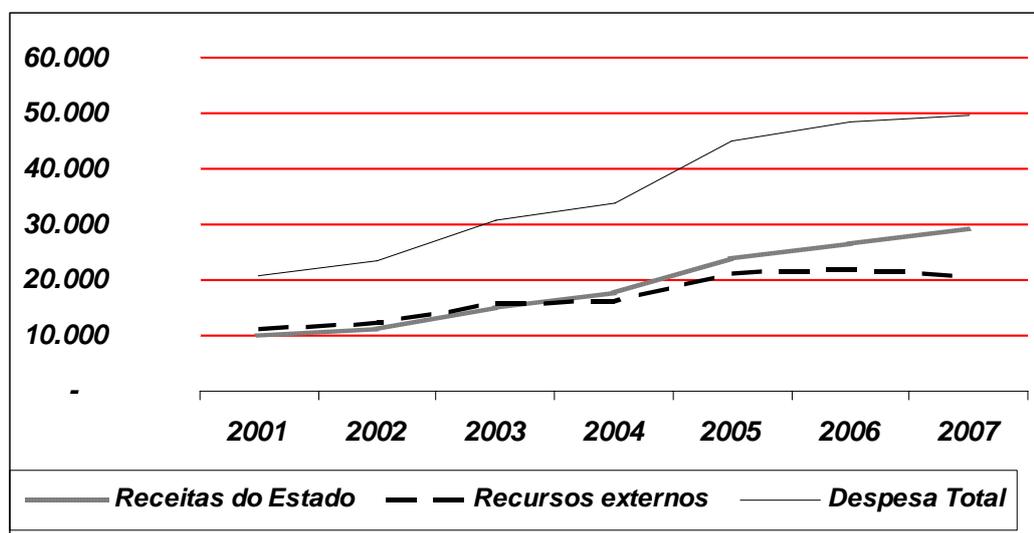
Cenário Económico e Financeiro

O País apresenta um crescimento elevado em termos macro-económicos. O aumento do PIB é estimado pelo GM (Outubro/04) em 6,7% para 2004, 7,5% para 2005, 6,2% para 2006 e 4,8% para 2007, sobretudo graças à exportação de gás para África do Sul, aumento da produção do alumínio e crescimento nas áreas dos transportes (portos e linha férrea). Tem diminuído a dívida externa e o serviço de pagamento à dívida. As condições são favoráveis à continuação do apoio internacional devido à política económica considerada válida pelo FMI, à redução da pobreza e ao facto de Moçambique ser considerado uma 'história de sucesso' significativa. Uma maior proporção das ajudas passa através do OE. O Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) prevê um aumento do orçamento graças ao aumento das receitas, pela entrada em vigor de um novo imposto sobre rendimentos (IRPC, IRPS) a partir de 2003, com alargamento da base tributária. O objectivo é aumentar a cobrança das receitas e o índice de fiscalidade (Receitas Totais/PIB), para reduzir a dependência do orçamento face aos recursos externos.²⁷

Não se prevêem avanços nos sectores económicos tradicionais, quais agricultura e pesca. Isto reflecte-se no baixo poder de compra das populações, sobretudo rurais. O custo dos bens e serviços é maior do que nos outros países da região, devido à burocracia, competição interna fraca, volume das vendas baixo, com custos de transacção elevados. O ambiente interno é considerado pouco favorável aos negócios devido à burocracia excessiva e corrupção. Houve emendas ao Código do Trabalho, que tornaram mais simples o emprego de estrangeiros em Moçambique, eliminando algumas restrições, mas, contudo, mantendo a maior parte.²⁸

O novo Governo (2005-) deverá manter as condições de estabilidade sócio-económica e encarar com maior empenho as reformas institucionais. Deveriam ser reduzidos os obstáculos para o sector privado. O Programa de Erradicação da Pobreza Absoluta tem mostrado avanços promissores. O desafio é favorecer a formação de uma classe média produtiva e consumidora capaz de fomentar a produção interna e produzir riqueza, que, em parte, através do pagamento de impostos equitativos, permita investir nos serviços e sectores sociais.²⁷

Figura 3. Despesa pública total 2001-2007, por componente (recursos internos e externos). 2005-07 = previsões. Fonte MPF



A figura 3 mostra o aumento progressivo dos financiamentos internos em relação à despesa pública total e à dependência externa. Os recursos internos constituirão, em 2005, 53,3% do total do envelope de recursos, 4,2 pontos percentuais acima da percentagem de 2003. Entre 2005 e 2007 prevê-se o aumento absoluto dos recursos internos (na ordem de 11% por ano, a preços correntes), face ao abrandamento da ajuda externa. O envelope de recursos totais para o ano 2005 é de 45.059 bilhões de MZM, o que representa 31,1% do PIB e um crescimento real de 23,7% em relação ao total previsto para 2004.

²⁷ Projecto de Lei do Orçamento do Estado para o Ano 2005. GM, Maputo, Outubro de 2004.

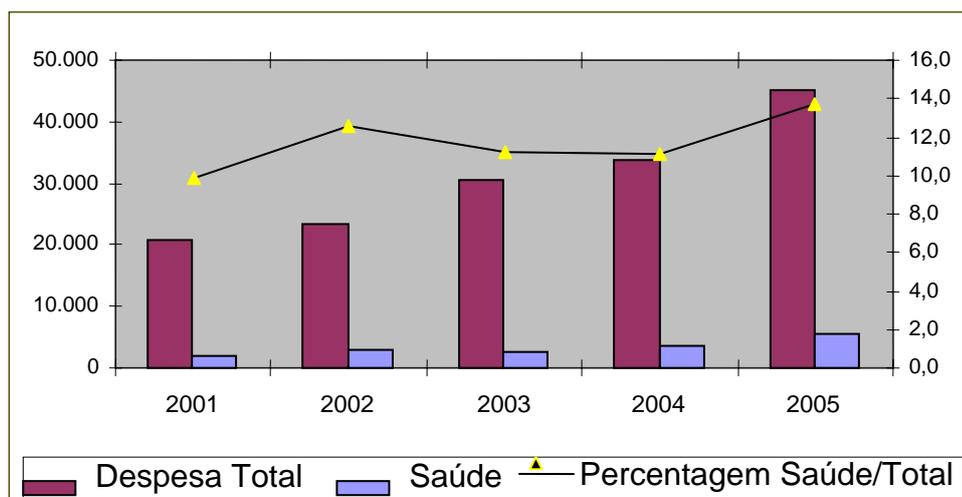
²⁸ Economist, Mozambique Country Report, April 2004.

Economia, Saúde e Pessoal do Sector Público

O total da despesa pública com a Saúde cresceu entre 1997 e 2000 de 4,6 USD para 7,5 USD per capita.²⁹ Em 2004 situou-se em 12 USD per capita. A despesa pública com a Saúde em relação ao PIB mostra um andamento ondeante: subiu de 2,3% para 3,4% entre 1997 e 2000, desceu para 2,9% em 2004 e voltará a subir para 3,7% em 2005.

A figura 4 mostra o aumento progressivo dos fundos destinados à saúde em termos absolutos, de 2001 para 2005. Em 2005 a despesa para saúde corresponderá a 13,7% da despesa pública total e 3,7% do PIB. Foi estimado pelo MPF um crescimento real de 20,6% em relação a 2004; e entre 6 e 7% em 2006 e 2007. Estimativas preliminares no MISAU em relação a 2005 são muito inferiores.³⁰

Figura 4. Despesa Pública Total, Despesa para Saúde e percentagem da componente saúde sobre a despesa pública total



As despesas correntes representam 54,7% do total da despesa do Estado para o ano 2005, sendo o restante destinado às despesas de investimento. Com os cerca de 110.000 funcionários do Aparelho do Estado (AdE), entre os quais, 19.500 da Saúde, serão feitos 48,8% das despesas correntes totais em 2005, quer dizer, cerca de 7,6% do PIB. Este crescimento destina-se a fazer face às despesas inerentes às admissões, promoções, progressões e reajustamentos salariais dos funcionários públicos. Em 2005, estão previstas 9795 novas admissões no sector público.

Em 2005, a saúde receberá 21% do total das despesas previstas nos 6 sectores prioritizados pelo PARPA. A despesa dos sectores prioritários fixar-se-á em 69% do total da despesa em 2005, excluindo os encargos da dívida.³¹

Nos próximos anos, prevê-se que o aumento esperado da procura de bens e serviços públicos tenderá a agravar a necessidade de financiamento, com redução da poupança pública junto do sistema bancário, resultando uma pressão para a subida das taxas de juro domésticas. Portanto, é considerado premente adoptar medidas destinadas a: 1) melhorar a composição estrutural da despesa, 2) controlar a expansão da despesa, 3) aumentar o índice de fiscalidade e 4) aumentar as despesas de investimento em relação ao PIB.³² Estas perspectivas implicam que o crescimento do apoio financeiro ao Sector Saúde abrandará nos próximos anos, com consequências negativas sobre os ambiciosos objectivos de aumento do acesso e melhoria da qualidade relacionados com os MDGs.

²⁹ A Despesa Pública com o Sector Saúde em Moçambique. MPF MISAU. Princípia, 2004. Maputo

³⁰ Informação da DPC, 01/11/04

³¹ Projecto de Lei do Orçamento do Estado para o Ano 2005. GM, Maputo, Outubro de 2004

³² Projecto de Lei do Orçamento do Estado para o Ano 2005. Cit.

Intervenientes na prestação e financiamento dos serviços de saúde

Actualmente o Sistema Nacional de Saúde (SNS) é um sistema misto, público e privado. O sistema público é o principal e envolve 6 ministérios, entre os quais o MISAU é, de longe, o mais importante. O MISAU está organizado em três níveis administrativos: Órgãos Centrais (OCs), Direcções Provinciais e Distritais de Saúde (DPSs e DDSs). Os serviços estão organizados, por sua vez, em 4 níveis, conforme a complexidade dos cuidados de saúde prestados.³³ Existem mais de 1200 USs, a grande maioria de nível primário e de pequenas dimensões, sem considerar a rede de postos comunitários que conta com centenas de unidades. Os hospitais com mais de 100 camas são 25. Não obstante as recentes melhorias, o SNS está a ser sub-financiado e só é acessível a cerca de 50% da população, com serviços de qualidade variável.³⁴ Os agregados familiares são uma fonte importante de financiamento do Sector Saúde, através de sistemas de cobranças que incluem consultas médicas, internamento, serviços de laboratório e RX e a compra de artigos médicos. No sector privado da economia, foi calculado que em 1997 os empregadores contribuíram com pelo menos 9 milhões de USD, seja fornecendo directamente prestações de saúde, seja comprando os serviços no sector privado, em benefícios dos seus empregados.³⁵ O sector privado da saúde consiste em organizações lucrativas e não lucrativas. As primeiras já têm um papel significativo e estão a crescer nas áreas urbanas, mas ainda cobrem apenas uma pequena minoria dos cidadãos. Há também um fluxo de fundos para cuidados de saúde a beneficiar provedores externos, sobretudo na África do Sul, a partir de residentes com possibilidades económicas para procurar serviços de saúde de elevada qualidade.

Outros actores do Sector Público

Outros ministérios jogam algum papel na prestação de serviços de saúde. O Ministério do Trabalho oferece um pacote de segurança social através do Instituto Nacional de Segurança Social para os trabalhadores do sector privado. O Ministério da Defesa tem a sua rede de serviços de saúde, assim como o Ministério da Justiça em relação aos serviços prisionais. A Direcção Nacional das Águas financia programas de Água e Saneamento. O Conselho Nacional de Combate à SIDA (CNCS) é responsável pelo desenvolvimento e implementação da estratégia de luta contra o HIV-SIDA. O Ministério da Agricultura, com os seus extensionistas rurais é importante para o estado nutricional da população mais pobre.

Sector Privado Lucrativo

Em 1999 havia 30 organizações privadas lucrativas (24 médicas, 5 estomatológicas e uma instituição de formação) e 41 farmácias privadas,³⁶ concentradas sobretudo em Maputo. Destas, só 3 eram clínicas com internamento e 16 providenciavam algum tipo de consultas especializadas. No entanto, em 2004, em Cabo Delgado, Zambézia e Nampula não havia ainda clínicas privadas, de acordo com as respectivas DPSs.³⁷ Em Gaza havia um centro e uma clínica, geridos por um médico expatriado, que não empregavam nenhum trabalhador nacional a tempo inteiro. Preços e níveis de actividades (e, portanto, lucros) mostravam grandes diferenças.

Em 2004, as clínicas empregavam pessoal em tempo inteiro e outros que trabalhavam em tempo parcial no sector público. Em 2004, as farmácias privadas envolviam cerca de 200 técnicos da área, geralmente em tempo parcial³⁸, constituindo o sub-sector mais dinâmico. Os médicos especialistas eram de longe, os quadros mais envolvidos nas actividades das clínicas privadas.

³³ Não entra-se em detalhes relativamente à organização do MISAU/SNS que basicamente é conhecida por todos os intervenientes. Importa dizer que “cuidados de saúde primários” é um conceito que engloba um leque de serviços maiores dos que são oferecidos pela rede de USs de nível primário: por ex. a cesariana é uma intervenção possível só nos HRs (nível secundário da rede sanitária)

³⁴ Yates R, Zorzi N 1999. *Health Expenditure Review Mozambique*. MISAU-USAID. Maputo

³⁵ Yates R, Zorzi N 1999, cit.

³⁶ Yates R, Zorzi N 1999. Cit.

³⁷ Informação recolhida no lugar pela equipe do PDRH, Setembro de 2004.

³⁸ Informação do Departamento Farmacêutico, Outubro 2004.

As clínicas privadas sofrem a competição das Clínicas Especiais, dos serviços médicos oferecidos pelas companhias privadas e da África do Sul. A falta de esquemas de seguros médicos também pode ser prejudicial ao desenvolvimento deste sector.

Serviços de Saúde prestados pelos Empregadores Privados

Antes da independência, as grandes companhias tinham um papel importante na prestação de serviços de saúde, mesmo para a população em geral, como, por exemplo, nas zonas das grandes plantações. Estas USs privadas foram nacionalizadas após a independência; depois que o MISAU voltou a permitir a privatização, em 1991, somente as companhias industriais no meio urbano têm mostrado interesse por esta opção, tomando conta dos seus trabalhadores e das suas famílias. A situação poderá modificar-se, tendo alguns empregadores demonstrado interesse em apoiar USs governamentais no meio rural.³⁹ No entanto, seria necessária uma análise mais aprofundada sobre a situação do sector e das suas potencialidades.

Sector Privado não Lucrativo

Em 1997 havia 112 ONGs que contribuíam com 26,4 milhões de USD para o Sector Saúde. As ONGs providenciam pessoal e serviços de saúde pública, com maior atenção para as populações rurais; geralmente apoiam os serviços públicos, não sendo sempre satisfatória a colaboração com o MISAU.⁴⁰ As ONGs geriam uma ampla diversidade de iniciativas, que iam desde a reabilitação de USs estatais (geralmente rurais e de pequenas dimensões), até a intervenções locais pontuais, como no caso de emergências determinadas por epidemias e calamidades naturais. O financiamento gerido pelas ONGs era utilizado sobretudo para despesas com o pessoal e outros custos correntes (com excepção dos medicamentos).⁴¹

Conforme um inquérito de 2003,⁴² 23 ONGs activas no Sector Saúde empregavam 46 profissionais, dos quais 25 nacionais e 21 expatriados. A proporção de técnicos médios e superiores era muito mais elevada entre o pessoal contratado pelas ONGs, do que no sector público.

Em Setembro de 2004, as ONGs activas em Cabo Delgado, Nampula e Gaza empregavam globalmente 25 profissionais de saúde.⁴³ Se estes números forem representativos de todo o País, a proporção dos técnicos de saúde contratados pelas ONGs não será significativa. As ONGs financiavam também os contratos de técnicos empregados pelo SNS: por ex., 30 profissionais em Gaza e 11 no Hospital Central da Beira (HCB). Nesta fase, o papel das ONGs está aumentando, principalmente pela sua intervenção na gestão das redes integradas de combate ao SIDA. Tratando-se de actividades realizadas em coordenação com o SNS, não parece existir, neste momento, um problema grave de “*subtração de profissionais de saúde*” ao SNS por parte das ONGs. O que poderá ser mais problemático é o diferente enquadramento salarial e contratual destes quadros técnicos (discutido no parágrafo sobre as Reformas).

Uma análise do Registo Nacional das ONGs acreditadas em Moçambique revelou (Outubro 2004) um total de 818 activas no País. Destas, 305 ONGs trabalhavam ligadas a um ou outro sector na área da Saúde, com um crescimento de quase 3 vezes em 7 anos. Um total de 215 ONGs podiam ser classificadas como trabalhando em saúde/saneamento, 73 no âmbito do SIDA e 17 em projectos que interessam a criança.

Por outro lado, alguns dos hospitais que no tempo colonial pertenciam às Igrejas, voltaram a funcionar com o apoio de (ou a ser geridos por) instituições religiosas, após a legalização da medicina privada, em 1995, continuando, em geral, a fazer parte do SNS. Diferentes acordos de gestão e comparticipação dos custos foram estabelecidos entre tais organizações e o sector público (por ex., Chicuque, Alua, Carrapira). Conforme um estudo de 2001, as 7 maiores USs do sector não lucrativo avaliadas, empregavam um total de 150 profissionais de saúde (min. 3, max. 79). Estes elementos eram pagos pelo SNS ou pelas congregações. A autonomia na gestão dos RH dependia, em grande medida, do potencial financeiro da instituição externa.

³⁹ Yates R, Zorzi N 1999. Cit.

⁴⁰ Yates R, Zorzi N 1999. Cit.

⁴¹ A Despesa Pública com o Sector Saúde em Moçambique. MPF MISAU. Princípios, 2004. Maputo.

⁴² Pessoal em Serviço nas ONGs. DAP/DRH/MISAU, Julho 2003.

⁴³ Informação recolhida nas próprias DPSs, Outubro 2004.

Conforme o estudo, as expectativas de crescimento deste sector ficaram em parte à quem do previsto, pela limitada disponibilidade financeira e pela tendência a crescer “em concorrência” em vez de “em complementariedade” (por ex. abrindo USs em áreas não cobertas pelo SNS) com o sistema público.⁴⁴

Seguros de Saúde

Em Moçambique existem três formas de Seguros para a Saúde, o Fundo de Assistência Médica para os funcionários públicos, um pacote de segurança social para as companhias privadas e os seguros privados.

Fundo de Assistência Médica para os funcionários públicos

Os funcionários públicos são cobertos desde 1996 pelo Fundo de Assistência Médica (FAM). A contribuição é retida do salário, à razão de 2% do seu valor. Em caso de doença os funcionários públicos deverão pagar só uma percentagem do preço dos serviços ou dos medicamentos (20-50% de acordo com o seu nível). O processo de registo dos funcionários ainda não tinha sido completado em 1999 pelos ministérios interessados.⁴⁵ As importâncias retidas são transferidas para as DPSs e HCs. As DPSs procedem à distribuição dos fundos entre as USs. Não existem critérios claros de distribuição dos fundos e o seu uso não é bem conhecido na DAG. Provavelmente, o esquema beneficia em grande parte os hospitais centrais e provinciais (HCs e HPs). Não há informação sobre os reembolsos das despesas suportadas pelas USs.⁴⁶ Entre Outubro 1996 e Dezembro 1997 foram recolhidos 395.754 USD, um valor que subestimava a realidade por falta de informação das províncias.⁴⁷ O FAM ainda está em fase de organização e não representa uma fonte de financiamento significativa para o SNS. O pessoal de alto nível no Aparelho do Estado (AdE) contesta este sistema, porque não garante descontos nas clínicas especiais.⁴⁸

Existe o projecto, actualmente em estudo no MISAU, de reforçar o FAM através dum fundo para consentir a aquisição gratuita de medicamentos em benefício dos funcionários do AdE.⁴⁹ O custo foi estimado em 30 milhões de USD em 5 anos (2005-2009). Para o efeito, o MISAU está pesquisando a possibilidade de obter financiamentos externos. Esta iniciativa enquadra-se na procura de melhores condições de vida para os funcionários públicos e poderia incentivar o sentido de ligação dos quadros, já forte, ao Aparelho do Estado.

Segurança Social no Sector Privado

Alguns empregadores procuram estabelecer os seus próprios postos de saúde, devido à insatisfação com o sector público e ao custo elevado do sector privado. A avaliação de 1999 concluiu que estes empresários estavam interessados em modelos alternativos de prestação de saúde, mas não estavam organizados colectivamente. Mais dados são necessários nesta area, que permanece pouco conhecida.⁵⁰ O Hospital Rural de Marromeu, que poderá ser devolvido à Empresa Açucareira local consitui uma situação particular, que deve ser estudada.

O Instituto Nacional de Segurança Social (INSS) foi instituído em 1989 no Ministério do Trabalho e abrange todo o País desde 1995. O seguro é obrigatório para todos os assalariados no sector privado e para-estatal e para todas as companhias, mesmo as que empregam menos de 10 trabalhadores. A contribuição está fixada em 7% do salário (4% -pelo empregador, 3% pelo empregado, retido do salário). Em 1998 havia um total de 279.838 trabalhadores registados.

O objectivo primário do pacote é garantir a subsistência do trabalhador e sua família numa situação de diminuída capacidade de trabalho.⁵¹ O INSS não tem capacidade de incluir no pacote o custo dos cuidados de

⁴⁴ Scuccato R e Soares I. Provedores Privados Não-Lucrativos de Serviços de Saúde em Moçambique.SDC, Maputo, Abril 2001.

⁴⁵ Yates R, Zorzi N. 1999, cit.

⁴⁶ Yates R, Zorzi N 1999. Cit.

⁴⁷ Yates R, Zorzi N 1999. Cit.

⁴⁸ Yates R, Zorzi N 1999. Cit.

⁴⁹ Eurosis e Emose Consultoria. Proposta de Implementação do SAM. Fase 1. 15 de Outubro de 2004.

⁵⁰ Yates R, Zorzi N 1999. Cit

⁵¹ Yates R, Zorzi N 1999. Cit.

saúde. Se subsídios para a saúde forem incluídos no pacote dos serviços, a contribuição necessária deveria aumentar dramaticamente. A taxa de 7% é uma das mais pequenas aplicadas em África.

Seguros privados

O mercado dos seguros privados de saúde em Moçambique encontra-se ainda numa fase embrionária. Um primeiro esquema foi lançado por um grupo bancário em 1997; os benefícios oferecidos por este seguro cobriam só serviços de saúde consumidos a partir de provedores seleccionados na África do Sul. Este programa não teve sucesso, sobretudo pelo custo elevado e pelas restrições em termo de serviços disponibilizados.⁵² A seguir, dois provedores privados entraram no mercado praticando esquemas de seguro por pré-pagamento contra futuros riscos de doença e oferecendo diferentes tipos de serviços de saúde de baixo custo. Algumas companhias internacionais com experiência no sector têm estudado as possibilidades do mercado para esquemas de seguro viáveis em Moçambique. Até agora nada aconteceu, porque os lucros não parecem justificar os investimentos, sobretudo a curto prazo. Uma série de razões foram identificadas:

- ✓ O mercado potencial deveria ter dimensões mínimas (foi estimado em 3.000 clientes) ainda não existentes em Moçambique.
- ✓ Os preços são ainda demasiado elevados. Mais, o intervalo limitado dos serviços que a oferta pode pôr à disposição, limitaria os ganhos ao segmento inferior do mercado, o menos lucrativo.
- ✓ Os programas de seguros têm custos administrativos relativamente elevados em termos de pessoal e sistemas de gestão.
- ✓ Não há legislação em relação ao estabelecimento e gestão dos seguros na área de saúde, o que desencoraja os potenciais investidores.

Contudo, no contexto actual de crescimento económico, é provável que apareçam novos esquemas de seguros; o envolvimento de companhias e empregadores privados poderá dar maior impulso a tais iniciativas. A classe média emergente nos maiores centros urbanos, que financia o acesso aos serviços privados pagando do próprio bolso, poderá estar também directamente interessada em novos mecanismos de comparticipação do risco saúde. Assim, torna-se prioritário proceder à legislação e normatização do sector, abrangendo também as actividades privadas prestadas no sector público.

Em conclusão, o desenvolvimento do sector privado deve ser monitorizado cuidadosamente durante a actuação do plano, a intervalos regulares, para detectar os fluxos de “imigração interna” dos RH de saúde para este sector; deve-se identificar eventuais áreas de regulamentação e preparar as accções necessárias.

Reforma do Sector Público e implicações para os RH

Em Países de baixo rendimento, a Reforma do Sector Saúde é dirigida aos resultados em termos gerais de saúde (*health outcome*), mais do que à qualidade percebida dos serviços.⁵³ A ênfase é posta na revisão e actualização da legislação e na regulamentação do renascente sector privado.⁵⁴ Em Moçambique, país que desde a independência seguiu um modelo universalista e centralizado de provisão de serviços de saúde, a legislatura cessante (1999-2004) iniciou a Reforma do Sistema Público, baseada nas três linhas orientadoras da descentralização: *devolução* dos poderes de decisão às autarquias, *delegação* dos serviços a terceiros, *desconcentração* das responsabilidades aos níveis subalternos. Para a maioria da população não são proeminentes as questões relativas ao pagamento dos utentes (*user fees*) ou as iniciativas de comparticipação de risco-saúde (seguros sociais, privados, obrigatórios ou baseados nas comunidades), devido à pobreza difusa, economia monetária ainda limitada e à tradição de gratuidade dos serviços

⁵² Yates R, Zorzi N 1999. Cit.

⁵³ Mills A Reforming Health Sectors: Fashions, Passions and Common Sense. In: Mills A (Ed) Reforming Health Sectors, LSHTM, eighth annual public health forum, 2000. London UK Pp. 1-25

⁵⁴ Smithson P, Asamoah-Baah A, Mills A. The Case of the Health Sector in Ghana. Birmingham: Development Administration Group, University of Birmingham, 1997. Role of Government in Adjusting Economies. Paper No 26.

primários.⁵⁵ O processo de reforma é lento e fragilizado pela falta de experiência e competências administrativas,⁵⁶ exceptuando um número exíguo de tecnocratas no cimo da organização.

Em âmbito sanitário permanecem intactos formas e procedimentos do 'velho sistema', enquanto novos modos de actuação nascem e se difundem, devido à ausência de um enquadramento normativo: (1) consolidaram-se formas informais de autonomia, na gestão dos maiores hospitais (quadro 3), (2) entidades privadas que cooperam com o MISAU contratam directamente o pessoal técnico, (3) consultores nacionais como expatriados são contratados no âmbito de programas do MISAU, geralmente com fundos externos, (4) tornou-se hábito o pagamento de incentivos a dirigentes e responsáveis por parte de agências de cooperação, (5) há auto-redução dos horários de trabalho, (6) prosperam actividades privadas em tempo parcial. São práticas aceites, mas nem sempre legais, comportamentos censurados em palavras, mas tolerados de facto. Desenvolveram-se a partir de um sistema centralizado e obsoleto, construído com um modelo do aparelho do estado que foi concebido já no fim do século XIX.

Com a perda de valor dos salários e o surgimento de novas oportunidades, uma parte dos profissionais de saúde, sobretudo os mais qualificados, começaram a prestar actividades em múltiplos esquemas, públicos e privados, de prestação dos serviços (quadro 3). Nesta situação, a própria noção de funcionário público perde parte do seu significado. A pluralidade das fontes de entradas, incluindo as que vêm de empregos com ONGs em tempo parcial, introduz conflitos de lealdade, interferências nas linhas de autoridade e de prestação de contas e, de forma geral, um modelo de gestão de RH que necessita níveis elevados de coordenação e cooperação entre todos os parceiros, para atender correctamente as necessidades de saúde da população.

Quadro 1. A necessidade de operar de forma mais eficiente a frente do aumento das necessidades de saúde e do crescimento das capacidades tecnológicas de intervenção, a vontade de tornar os serviços públicos mais sensíveis às expectativas dos utentes, modificaram a concepção de *civil service* e *civil servant*, com o aparecimento de novos actores no campo da saúde e um mercado de trabalho mais dinâmico e complexo. As agências hospitalares de maiores dimensões começam a gerir-se de modo autónomo, organizações privadas lucrativas e não lucrativas aumentam os seus espaços de trabalho, são discutidas novas relações contratuais com os órgãos públicos, que se deverão tornar 'compradores' (*purchasers*) de serviços, aumenta a flexibilidade dos quadros executivos e do pessoal técnico.

Assim, os sistemas de saúde desenvolvem-se progressivamente em organismos pluralistas com diferentes prestadores e actores. Estes desenvolvimentos afeitam a provisão de serviços públicos, a formação e colocação de pessoal e a sub-divisão das competências. A planificação de recursos humanos deve reflectir as mudanças para responder eficazmente às novas realidades. O desafio actual é gerir um sistema cada vez mais complexo, mantendo, ao mesmo tempo, o acesso igualitário a cuidados de saúde de boa qualidade.

Os parceiros e outros intervenientes

A desconfiança ideológica nas capacidades do Estado como *provider* de serviços está a ser acompanhada por uma confiança crescente nas ONGs e no sector privado não lucrativo, por parte da cooperação multilateral;⁵⁷ isto acontece não obstante a carência de análise que indique uma melhor relação custos-benefícios na prestação dos serviços de saúde por estes actores, em comparação com os serviços geridos a partir do sector público.

O relançamento do papel das ONGs e do sector privado em âmbito sanitário surgiu no momento em que os maiores doadores bilaterais apoiavam a política de SWAp, apostando no reforço das capacidades de gestão do sistema público. O SWAp, por sua vez, começou a ser discutido após uma avaliação negativa da

⁵⁵ *Bulletim da República*. Lei No 2/77 de 27/09/1975.

⁵⁶ *Country Profile*, Economist, April 2004.

⁵⁷ Ver UN e Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria –GFFATM-, Banco Mundial e Multisectorial AIDS Program –MAP-, e Banco Mundial e Treatment Acceleration Program –TAP-

capacidade das ONGs e do seu papel na fase da reconstrução pós-guerra.⁵⁸ Contudo, na fase actual, o aparelho de gestão do MISAU não está em condições de utilizar, nos prazos estabelecidos, o Orçamento do Estado (OE) e os financiamentos internacionais. Isto acontece sobretudo por causas externas, tais como, por um lado, o atraso 'normal' na chegada dos fundos públicos, por problemas de liquidez e, por outro, a lentidão provocada pelos trâmites burocráticos que movimentam as ajudas internacionais.⁵⁹ Para evitar a crise do sistema, as agências que apoiam o SWAp não deixaram de utilizar mecanismos sub-sectoriais de *pooling*, ou financiar directamente investimentos ou centros de custos particulares.⁶⁰

A disponibilidade de fundos prevista com as novas iniciativas internacionais para a emergência-SIDA em Moçambique prevê um papel importante, na gestão dos novos serviços (e do pessoal), para ONGs internacionais como *Médicins Sans Frontières* (MSF) e a Comunidade S.Egídio.

Numa fase em que o risco é a fragmentação das iniciativas, o MISAU tenciona manter as suas prerrogativas no controlo do pessoal de saúde, que é licenciado por instituições de formação inteiramente subsidiadas através do Estado, mesmo quando este estiver contratado pelas ONGs. Durante o processo de negociação, ainda em curso, entre a DRH e as ONGs, sobre a contratação de pessoal de saúde por estas, o MISAU considerava, em Junho de 2004, condições irrenunciáveis: "a *Direcção da US é responsável pela gestão de todo o pessoal que trabalha na US.*" "As ONGs devem proporcionar condições para a incorporação dos trabalhadores contratados no quadro do pessoal do AdE, dentro de 1 ano". É negociável que "o salário do pessoal básico e médio (seja) igual ao auferido pelos trabalhadores do Estado do mesmo nível. Excepcionalmente, o salário poderá ser maior, sem ultrapassar de 1/3 o salário base."⁶¹

Análise Funcional

A análise funcional do MISAU⁶² propunha 4 opções possíveis de reforma do MISAU: 1) Manter o *status quo*, com medidas limitadas, *ad hoc*, de desconcentração progressiva dos poderes de decisão para as DPSs e DDSs. 2) Manter a situação actual, mas atribuindo as funções de gestão dos recursos humanos e planificação a uma Comissão dos Serviços de Saúde a ser constituída. Tal opção tornaria as dinâmicas salariais menos dependentes das dos funcionários do AdE. 3) Constituição do SNS como uma organização inteiramente separada, com os seus próprios níveis organizacionais e hierárquicos. O MISAU contrataria o SNS para a prestação dos serviços, mantendo funções de regulação, normatização, política e monitoria (o modelo do Reino Unido,⁶³ e, em África, da Zâmbia e Gana⁶⁴). A DNS passaria a constituir, com os seus três departamentos, o núcleo central do SNS, desvinculado do MISAU. 4) Contratos com entidades legalmente definidas, tais como um Serviço Provincial de Saúde, um Hospital ou um Laboratório. A 1ª opção, a mais conservadora, foi recomendada pela Equipa do MISAU da 1ª fase da Análise Funcional. A administração e gestão dos recursos humanos deveria ficar sob a responsabilidade do nível central. A Direcção de Planificação e Cooperação (DPC), Direcção de Administração e Gestão (DAG) e Direcção de Recursos Humanos (DRH) seriam unificadas numa única direcção. A Formação Contínua (FC) seria de completa responsabilidade das províncias. O conteúdo técnico dos cursos de formação seria delegado às Instituições

⁵⁸ Estratégias de Cooperação do Sector Saúde. MISAU Maputo, 1996.

⁵⁹ Andersson A, Technical Support to Joint Review Budget Performance Moçambique 2003. Report 1: An Analysis of Budget Execution in Mozambique, during the Period January-September 2003, Maputo, Conforme o autor, os problemas de liquidez poderiam ser resolvidos com a emissão de obrigações do Tesouro ou através de um 'empréstimo' usando as reservas em divisa do Banco Central

⁶⁰ Plano Operacional do MISAU, Maputo, 2004. A Noruega, Irlândia, Finlândia e UE, todos parceiros do PROSAÚDE canalizam 37,9% dos seus fundos através o SWAp, 40,1 através de *pooling* sub-sectoriais e 22% através de iniciativas verticais. Só o Canadá investiu todos os recursos no PROSAÚDE. Para DFID o fundo comum para medicamentos constituía '80% da ajuda.

⁶¹ Contratação de ONGs na óptica do MISAU. Os Recursos Humanos de Saúde. MISAU-DRH 16 de Junho 2004. NB. A última condição não vale para os médicos.

⁶² Barker C, Costa JL, Tembe JG, Ramos I Análise Funcional do MISAU e Mudança Organizacional. Draft. Relatório. Novembro 2003.

⁶³ Mays N Reforming integrated systems. The case of the UK: a balance Sheet of the Evidence on the Impact of the Internal Market, 1991-1997. In: Mills A (Ed) Reforming Health Sectors, LSHTM, eighth annual public health forum, 2000.London UK. Pp. 163-187.

⁶⁴ MOH/PD/002/01/02, Common Management Arrangement (CMA II) for the implementation of the second health sector five year programme of work 2002-6 Ghana Ministry of Health January 2002, pag. 13-14.

de Formação (IFs); a aprovação do curso caberia a corpos profissionais a serem constituídos (“Conselho de Enfermagem”, “Conselho de Medicina”), os quais seriam também responsáveis por licenciar os técnicos graduados para o exercício da profissão. A responsabilidade pela nova instituição de formação superior criada em 2004 (ISCISA), assim como pela pós-graduação e bolsas, deveria ser transferida para o Ministério de Ensino Superior de Ciências e Tecnologias. Será preparado um plano baseado nos resultados da Análise Funcional, mas não se conhecem ainda as mudanças que terão lugar na altura da elaboração da revisão do PDRH.

Quadro 2. A meta última do processo de descentralização (na tomada de decisões entre membros da organização), é a melhoria da qualidade dos serviços, através de um maior grau de autonomia na tomada de decisão. Isto deve ser acompanhado pelo aumento da responsabilização (*accountability*) de cada prestador de serviço. Assim, a redistribuição da autoridade para níveis inferiores deve ser acompanhada por uma revisão dos mecanismos de supervisão e prestação de contas, para que não haja quebras na qualidade dos serviços. É necessário manter um equilíbrio entre a autoridade central e a autonomia de decisão da entidade subalterna. O desafio da descentralização é encontrar o ponto de equilíbrio entre a autonomia na tomada de decisões no nível inferior e a operatividade de um sistema eficiente de prestação de contas. O processo deve ser acompanhado por um aumento das capacidades de supervisão funcional dos órgãos que delegam a autoridade.

Normatização das actividades privadas em ambiente público. O acesso aos recursos humanos num sistema descentralizado e pluralista de saúde pode tomar formas diferentes, com diferentes formas de autoridade e prestação de contas. Por ex., a introdução da prática privada nos grandes hospitais, abre acesso para clientes privados aos RH especializados e aos serviços de diagnóstico e laboratoriais deste nível. Estes serviços são, por vezes, demasiado caros e ineficientes para ser comprados por clínicas privadas, devido à economia de escala. A concentração dos equipamentos em grandes hospitais faz sentido em termos económicos para o sector público, assim como para o privado. Autorizar a prática privada no sector público tem a vantagem de reter as competências dos especialistas, de forma que estes se mantenham acessíveis a toda a população. Dividir os custos através de um mecanismo contratual entre os especialistas e a autoridade hospitalar pode garantir, ao mesmo tempo, um nível equitativo entre as despesas para materiais e equipamentos, a compensação pelo tempo gasto pelos prestadores dos serviços público, a utilização do espaço público, de camas, etc. Desta forma, estabelece-se também uma redistribuição de recursos financeiros a partir dos socialmente mais favorecidos para o sistema de saúde e, por este trâmite, em benefício dos utentes mais pobres. Este modelo foi utilizado no Reino Unido, já desde a criação do SNS britânico nos '40.

Quadro 3.

Médicos Especialistas entre o sector privado e o público

O Hospital Central de Maputo (HCM)

Conforme um inquérito realizado em 2003,⁶⁵ no ano precedente (2002), o custo total do HCM foi estimado em 11,562 milhões de USD, dos quais 85% em custos recorrentes e 33% em salários. A componente salarial do HCM (28%) era baixa em relação aos mesmos hospitais (em Zimbabue é 60% dos custos correntes). A maior fonte de financiamento do HCM foi o OE. Outras fontes eram 1) os pagamentos vigentes em cada sector; 2) pagamentos para controlar o fluxo dos doentes ao Banco de Socorros; 3) pagamentos diferenciados nos serviços clínicos conforme o tratamento; 3) lucros das clínicas especiais; 4) actividades extraclínicas (bar, ginásio). O hospital controlava menos de 20% das suas despesas, porque os salários para o pessoal permanente, medicamentos e suprimentos médicos e custos capitais eram pagos a

⁶⁵ McPake B, Hongoro C, A Cost- Analysis of Maputo Central Hospital, Republic of Mozambique LSHTM-AUSTRAL-LATH, 2003.

partir do OE. A falta de controle directo sobre o orçamento era considerada um obstáculo maior às tentativas de melhor eficácia e eficiência na gestão dos recursos. Por exemplo, a centralização na aquisição dos medicamentos, se por um lado, reduz os custos para as economias de escala, por outro, cria indiferença para o seu uso racional e judicioso; os medicamentos chegam também, por vezes, nos tempos e quantidades erradas, aumentando roubos e gastos não necessários. Da mesma forma, a falta de controlo sobre os custos com os investimentos criava, num tempo, 'incentivos perversos' quanto ao uso não apropriado dos fundos. O HCM mantinha, ao contrário, o controle completo das rendas obtidas internamente. Só a partir das clínicas especiais, recebia USD 1,78 milhões. O sistema de informação não permitia subdividir os fundos por proveniência, nem conhecer o uso dos ganhos gerados no HCM (pagamentos especiais, consultas especiais e outras actividades comerciais). Aparentemente, muitos destes lucros geravam subsídios para o pessoal. Outros problemas encontrados foram a falta de informações na Direcção do HCM em relação aos departamentos do próprio hospital e a ignorância relativa às implicações de custos entre os responsáveis dos sectores do HCM.

Em regime de clínica especial, o custo médio por admissão foi USD 877. A clínica especial produziu USD 7,8 milhões de lucros, a um custo de USD 2,6 milhões. A componente salarial da clínica especial era elevada, os salários constituindo 64% das despesas globais. Em 2002 foram pagos aos médicos cerca de 1 milhão de USD, e aos enfermeiros cerca de USD 32.000. Outro pessoal com funções de chefia no HCM era também subsidiado, mesmo sem trabalhar directamente nas clínicas especiais. A maior parte do pessoal contratado pelas clínicas especiais eram trabalhadores a tempo inteiro do HCM. O estudo concluía sublinhando a necessidade de melhorar o sistema de informação dos custos, treinando pessoal especificamente para tal, e indicava a necessidade de resolver as questões seguintes:

- 1) A falta de uma clara organização estrutural dos departamentos.
- 2) A tensão entre o MISAU e o HCM quanto à gestão dos recursos-chave.
- 3) A falta de capacitação dos gestores do HCM na gestão dos bens imobiliários.
- 4) A falta de uma formalização contratual em relação às actividades desenvolvidas pelo pessoal do HCM nas clínicas especiais, como forma de controlo e salvaguarda do interesse público.
- 5) A falta de clareza acerca do uso dos lucros das clínicas especiais, após dedução de *topping up* e subsídios.

Os Médicos e a Cidade de Nampula

No Hospital Central de Nampula (HCN), em Setembro 2004, trabalhavam 30 médicos, dos quais 22 contratados. Cinco médicos eram generalistas e 25 especialistas. Havia mais 3 médicos generalistas na rede sanitária urbana e 3 médicos que exerciam exclusivamente a medicina privada na Cidade. A elite dos comerciantes abastados de Nampula propiciava aos médicos especialistas contratados o exercício da prática privada (doentes observados em casa). Esta situação foi referida, em particular, pelos que não estavam suficientemente motivados pelo salário. A clínica especial do HCN não ocupava um lugar de vulto e não tinha grande impacto sobre o serviço público, devido ao seu movimento limitado. Oferecia receitas pouco significativas ao Hospital, mas era importante para melhorar os vencimentos dos médicos, sobretudo dos cirurgiões. Houve 170.000 USD de lucro a partir do Atendimento Especial em 2003. 18% ficou para o HCN e o resto foi dividido entre médicos e pessoal restante. Prevê-se um aumento para 240.000 USD no ano corrente (2004).

Preçário das Consultas especiais e operações:

Primeira consulta, 200.000 MZM. Consultas seguintes 150.000 MZM. Consultas de urgência: 250.000 MZM. Urgências festivas: 300.000 MZM. As operações eram cobradas aos doentes a preços variáveis conforme a complexidade e a especialidade (uma cesariana custa 3.500.000 MZM, tal como um parto atendido pelo ginecologista. As intervenções mais caras são as de neurocirurgia, com um máximo de 12.500.000 MZM).

Subdivisão dos lucros do Atendimento Especial:

Consultas: médicos nacionais, 60% do valor cobrado por consulta, médicos estrangeiros 40%. Pessoal de

⁶⁶ Informação do Dr. Igor Vaz

⁶⁷ Informação reservada de um medico especialista de um Departamento Clínico

enfermagem em rotação nas consultas externas: 50.000 MZM por turno (feriado); 75.000 por turno (festivo).
Operações: médicos nacionais 50% do valor fixado pelo tipo de intervenção, médicos estrangeiros 35%.
Anestesiastas e instrumentistas: 12,5%, circulantes 5%.

De notar que os cirurgiões não estão interessados em aprender as técnicas de reparação das fístulas vesico-vaginais, uma intervenção cirúrgica de grande importância social que interessa às mulheres das camadas mais pobres, e, portanto, não incentiva economicamente os ginecologistas.⁶⁶

Em relação ao HCB a informação tem mais lacunas. A importância da Clínica Especial não parece ser comparável à de Nampula. Os médicos especialistas oferecem serviços através de uma clínica completamente privada ("Avicena"). Conforme a informação de um médico afecto ao HCB, os ganhos assim obtidos permitiriam duplicar as entradas.⁶⁷

Contexto Demográfico

O INE em 1997 estimava um aumento da população Moçambicana de 27,4% entre 2000 e 2010. O aumento seria mais acelerado no meio urbano (> 40%). Em 2020, o aglomerado urbano Maputo-Matola deverá alcançar 2.000.000 de habitantes devido ao crescimento elevado da Província de Maputo (+38%, o maior entre as Províncias do País), com a população a instalar-se nos arredores da capital. Estava previsto também em Manica um aumento sensivelmente superior à média (+34%). Ao contrário, Cabo Delgado deverá crescer "só" 22%. Entre as cidades, o aumento demográfico seria maior em alguns municípios que seguem, por importância, as capitais provinciais, tais como: Nacala, Vila de Manica, Maxixe, Matola. A capital provincial que registaria o crescimento máximo seria Quelimane, seguida, de longe, de Lichinga e Pemba.

A população urbana estimada em Moçambique em 2003 era de 6,723 milhões e a rural de 12,140 milhões (65% do total), conforme as estimativas das Nações Unidas.⁶⁸ Em 2030, de uma população total de 26,619 milhões de habitantes, 15,976 (60%) deverão viver em ambiente urbano. Em particular, no quinquênio 2005-10, o crescimento da população urbana deverá ser 5,1% por ano, enquanto a população rural se mantinha estacionária.

Deve-se também considerar a possibilidade do aumento demográfico ser inferior ao estimado devido ao impacto do SIDA, que não foi adequadamente considerado na elaboração das previsões do INE. Na tabela do anexo 1, projecta-se um impacto do HIV-SIDA sobre o crescimento da população de -1.000.000, de acordo com as previsões nacionais de 2002. Por sua vez, o impacto das iniciativas de luta contra o SIDA deveria 'salvar' 200.000 Moçambicanos. Estes valores foram estimados nos distritos urbanos e rurais conforme os dados de prevalência obtidos nos postos-sentinela.

Se as projecções assim feitas estiverem correctas, em 2010 36,7% dos 21,167 milhões de Moçambicanos deverão viver nos 22 maiores distritos urbanos do País, constituindo aproximadamente a população urbanizada. Em termos de RH, o desequilíbrio urbano-rural entre os profissionais de saúde será compensado parcialmente pela forte tendência de urbanização. A planificação e alocação dos recursos destinados às infra-estruturas deverá ter em conta esta tendência. A maior prevalência de SIDA nas cidades poderá ter, a curto prazo, um impacto mais negativo sobre o crescimento das populações urbanas. Este factor, por sua vez, será parcialmente compensado pelo melhor acesso à informação, meios de prevenção e tratamento disponíveis nas cidades.

Estratégias de Saúde perante o Contexto Epidemiológico

O padrão epidemiológico de Moçambique é o típico de um País pobre, tropical e em desenvolvimento, com altas taxas de mortalidade infantil e materna e uma baixa esperança de vida à nascença. A situação actual mostra três aspectos dominantes:

⁶⁸ Population Division, Department of Economic and Social Affairs, 2004.

1) um quadro “tradicional”, caracterizado pela presença generalizada das doenças agudas transmissíveis, (malária, tuberculose, cólera entre a população em geral, IRAs, diarreias, malnutrição, anemia, sarampo entre a população infantil, ITSs e patologias agudas do parto entre os adultos).

3) A epidemia do SIDA (Moçambique é o 7º País do mundo na ordem de prevalência do HIV), está afectando os adultos (grupos etários entre os 15 e 49 anos), com uma distribuição de casos desigual entre os dois sexos (sendo a mulher mais afectada, pelas razões sociais, culturais e biológicas conhecidas) e entre as diferentes áreas do País (maior prevalência nas cidades e ao longo das principais vias de comunicação).

3) Aumento das patologias (hipertensão, diabetes, obesidade) típicas de uma sociedade mais rica e devido a maus hábitos comportamentais e alimentares entre as camadas sociais privilegiadas.

O impacto do SIDA está levando a uma transição demográfica onde uma patologia crónica multifacetada (diferentes doenças oportunistas) adquire cada vez maior peso, ao lado de doenças transmissíveis agudas endémico-epidémicas como a malária ou a cólera. Assim, a lenta melhoria dos indicadores de saúde ocorrida na última década graças aos avanços económicos e sociais, está a ser contrariada pela difusão do HIV/SIDA. As doenças crónicas degenerativas não infecciosas ocupam uma posição de menor importância.

Impacto do SIDA

O impacto demográfico da epidemia de HIV/SIDA⁶⁹ mostra que, cumulativamente, mais de um milhão de pessoas poderão morrer durante a década. A prevalência entre adultos dos 15 a 49 anos era 13.8% em 2002, com cerca de 1.35 milhões de pessoas infectadas; o número de novos doentes naquele ano teria sido superior a 87 mil e o número de mortes teria atingido os 81 mil. Os órfãos maternos cumulativos no mesmo ano seriam superiores a meio milhão, dos quais cerca de 300 mil devido ao SIDA. O impacto do SIDA está sendo particularmente grave na região Centro, na província de Gaza e nos ambientes urbanos. A maior prevalência encontra-se em Sofala, mas o maior número de casos esperados são referidos na Zambézia.⁷⁰

A resposta do MISAU à epidemia é o PEN ITS/HIV/SIDA/2004-2008. Através deste documento o MISAU procurou organizar e coordenar as diferentes iniciativas promovidas com a ajuda da Cooperação Internacional. Os objectivos estratégicos do PEN ITS/HIV/SIDA estão reportados nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1: US envolvidas por intervenção, 2004-2008

Intervenção	2004	2005	2006	2007	2008
Diagnóstico e tratamento ITS	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Transfusões seguras	111	111	111	111	111
SAAJ	104	150	200	250	300
GATV clássicos	50	76	192	260	315
Prevenção Transmissão Vertical	60	120	200	250	258
Tratamento IO e Quimioprofilaxia	60	120	200	250	250
Cuidados Domiciliares	60	120	200	250	250
TARV - HD - REDES INTEGRADAS	17	24	112	112	129

⁶⁹O HIV-SIDA e o Sector Saúde em Moçambique. Uma Análise do Impacto do SIDA sobre os Serviços de Saúde. Modul X., MISAU, 2003

⁷⁰ PEN ITS/HIV/SIDA – Sector Saúde 2004-2008. MISAU/DNS, Maputo, 2004.

Tabela 2: Pessoas atendidas por intervenção, 2004-2008

Intervenção	2004	2005	2006	2007	2008
Diagnóstico e tratamento ITS	684,828	818,592	958,410	1,104,795	1,275,964
Transfusões seguras	80,000	85,000	90,000	95,000	100,000
SAAJ	104,000	160,000	220,000	270,000	330,000
GATV	72,000	135,000	384,000	540,000	945,000
Prevenção Transmissão Vertical	35,858	50,734	67,209	85,394	90,333
Tratamento IO e Quimioprofilaxia	34,311	67,779	94,178	108,207	114,965
Cuidados Domicilários	11,355	27,582	67,371	107,238	143,776
TARV - HD - REDES INTEGRADAS	7,924	20,805	57,954	96,418	132,280

Quadro 4. O *scaling up* do acesso ao TARV é um dos maiores objectivos da política de saúde do Governo. Para os RH, este novo serviço de tratamento para doentes crónicos põe múltiplos desafios. Desde já, a força de trabalho existente precisa de formação para se integrar no modelo de Hospital de Dia escolhido pelo País. Entretanto, deve ser identificado pessoal adicional para atingir os objectivos de cobertura definidos pelo Governo. Deve haver uma abordagem por fases, de forma a obter RH formados com as competências adequadas no tempo certo, com equipamentos e materiais disponíveis de forma sincronizada. Sobretudo é importante assegurar o abastecimento regular dos medicamentos para esta patologia de longo termo, de forma a evitar consequências negativas para o doente e minimizar o risco do surgimento dos fenómenos de resistência viral à quimioterapia.

No fim de Setembro de 2004, eram assistidos em 20 Hospitais de Dia (HdDs) 46.875 doentes dos quais 5.691 estavam em TARV; previa-se a abertura de mais 11 HdDs até finais de 2005. No País havia 98 gabinetes de Aconselhamento e testagem voluntária (GATVs), com cerca de 250 conselheiros.⁷¹ Até ao final do ano, está previsto um número de serviços de prevenção da transmissão vertical (PTVs) entre 60 e 70. Todas as províncias dispunham de pelo menos um hospital de dia, embora Nampula, Inhambane e Cabo Delgado se encontrassem (Outubro/04) numa fase inicial. Os 7 HdDs abertos em Maputo e Matola assistem 63% do total dos doentes em TARV. Espera-se que a proporção diminua progressivamente, à medida que se realiza o *scaling up* nos outros grandes centros urbanos. Contudo, o programa irá necessariamente privilegiar os habitantes das cidades, onde, aliás, a prevalência do SIDA é maior.

As ONGs internacionais, tais como MSF (França, Suíça, Luxemburgo), HAI (USA), S.Egidio (Vaticano) estão a jogar um papel importante, que deverá crescer com a activação de programas tais como o TAP (Banco Mundial) e o PEPFAR (USA). As ONGs terão um papel importante na gestão das redes integradas e do pessoal.

Em 2003 foi definida, por um grupo de trabalho do MISAU, uma equipa de base para os HdDs: com 200 doentes em TARV, prevê um médico, um técnico de medicina, 3 aconselhadores, 3 enfermeiros gerais (ou enfermeiros básicos/agentes de medicina), 1 informático, 1 agente de farmácia e 1 recepcionista. O aumento planificado em número de doentes assistidos deverá ser acompanhado pelo aumento de pessoal.⁷²

Nos PTV deverá haver, pelo menos, mais uma enfermeira de SMI formada em aconselhamento; 2 enfermeiras nas unidades com maior movimento (cerca de 100 enfermeiras de SMI para 60-70 PTV).⁷³ Uma parte dos conselheiros do GATV provém dos quadros de saúde, geralmente sendo pessoal reformado.

O papel dos médicos, essencial na direcção do processo, poderá ser mais flexível quando o sistema dos HdDs estiver mais estruturado. Conforme as entrevistas conduzidas com médicos e gestores actualmente empenhados nos HdDs⁷⁴, um número crescente de funções rotineiras quanto ao TARV e de diálogo com os

⁷¹ Informação da DAM, 05/10/04.

⁷² Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Country Proposal. Mozambique, 2002. Appendix B.

⁷³ Comunicação da Dra. Atália Macome DNS

⁷⁴ Entrevista à Dra Virgínia Saldanha, DPS Sofala (22/08/04), Dr Kenneth Gimbell-Sherr, HAI (10/04/04)

doentes deverá ser paulatinamente delegado a pessoal de nível médio, tais como técnicos de medicina e enfermeiros gerais. Os médicos continuarão mantendo tarefas de controlo, supervisão geral, decisões-chaves na terapia (mudança da linha terapêutica) e de diagnóstico e terapia dos efeitos colaterais e de manifestações particulares das IOs.

Objectivos de Cobertura com TARV e Necessidades de Recursos Humanos

A partir de 2002, o Departamento de Formação (DRH/DF) tem vindo a quantificar as necessidades de novo pessoal, tem escolhido o tipo e nível de profissionais mais adequados, planificando cursos extra-ordinários para o efeito, com a promessa de apoios financeiros externos (MAP, GFFATM), os quais, infelizmente, até fim de 2004, não se materializaram. Os cursos planificados estão em fase de realização, com dificuldades financeiras que terão futuramente o seu custo em termos de qualidade dos quadros formados. Entretanto, foi mais fácil encontrar a ajuda internacional para financiar programas verticais com objectivos limitados de formação do pessoal existente, a ser recrutado para as redes integradas (médicos, enfermeiros, técnicos, aconselhadores) sobre o SIDA. Em definitivo, a lógica do projecto vertical tem prevalecido, mesmo no âmbito da formação, sobre as instâncias gerais de reforço do sistema que o PEN ITS/HIV/SIDA considerava indispensáveis para o sucesso do combate à SIDA.

São apresentados três cenários para o desenvolvimento das necessidades em RH. O cenário A representa os objectivos correntes de cobertura e uma extrapolação das necessidades em RH com base em equipas padronizadas para os HdDs calculadas durante 2003 e 2004. Tais necessidades de pessoal representam a cobertura completa dos serviços oferecidos pelo HdDs (despiste, seguimento dos HIV+ sem SIDA etc.), e não apenas para o TARV.

No cenário A (tabela 3), as projecções baseadas sobre os pressupostos das equipas calculadas em 2003-2004 são extrapoladas com base nas metas de cobertura estabelecidas pelo PEN. Isto significa que, se considerarmos a categoria dos médicos, quase todo o pessoal médico neste momento disponível no SNS deveria entrar, mais cedo ou mais tarde, em serviço ao sistema de tratamento de HIV/SIDA/TARV.

No cenário B (tabela 4), os objectivos do PEN ITS/HIV/SIDA foram reduzidos a 50%. O cenário C é ainda mais pessimista, prevendo necessidades de pessoal com base num crescimento sugerido a partir das metas de cobertura da Iniciativa 3x5. O cenário mostra uma duplicação da cobertura na fase inicial e um aumento progressivo das capacidades de tratamento.

Tabela 3. Cenário A. Necessidades em RH para cobertura com TARV. Extrapolação com base nos RH e coberturas de 2004

Componentes da equipa-base	No	anos				
		2004	2005	2006	2007	2008
Médico	1	21	83	230	383	526
Técnico de medicina	1	21	83	230	383	526
Aconselhadores	3	63	248	691	1150	1577
Enfermeiros gerais	3	63	248	691	1150	1577
Farmacêutico	1	21	83	230	383	526
Informático	1	21	83	230	383	526
Recepcionista	1	21	83	230	383	526
Número de sítios previstos		17	24	112	112	129
Cobertura pacientes		5284	20805	57954	96418	132280

Tabela 4. Cenário B Necessidades em RH para cobertura com TARV. Extrapolaco com base nos RH e coberturas de 2004. Metas reduzidas a metade

Componentes da equipa-base	No	anos				
		2004	2005	2006	2007	2008
Médico	1	21	41	115	192	263
Técnic de medicina	1	21	41	115	192	263
Aconselhadores	3	63	124	345	575	789
Enfermeiros gerais	3	63	124	345	575	789
Farmacêutico	1	21	41	115	192	263
Informático	1	21	41	115	192	263
Recepcionista	1	21	41	115	192	263
Número de sítios previstos		17	24	112	112	129
Cobertura pacientes		5284	10403	28977	48209	66140

Tabela 5. Cenário C. Necessidades em RH para cobertura com TARV. Extrapolaco com base nos RH e coberturas de 2004, com aumento de 5.000 doentes por ano

Componentes da equipa-base	No	anos				
		2004	2005	2006	2007	2008
Médico	1	21	40	60	79	99
Técnic de medicina	1	21	40	60	79	99
Aconselhadores	3	63	119	179	238	298
Enfermeiros gerais	3	63	119	179	238	298
Farmacêutico	1	21	40	60	79	99
Informático	1	21	40	60	79	99
Recepcionista	1	21	40	60	79	99
Número de sítios previstos		17	24	112	112	129
Cobertura pacientes		5284	10000	15000	20000	25000

O cenário C (tabela 5) toma em conta as fraquezas do sistema em recursos financeiros e de gestão para sustentar o necessário *up-grading* do sistema de saúde, em termos de recursos humanos, mas também de infraestruturas, equipamentos, medicamentos e despesas correntes. Ao mesmo tempo, os objectivos de cobertura para o cenário C parecem ser demasiado limitados para responder adequadamente às necessidades urgentes de TARV naqueles que se encontrem num estádio avançado de SIDA.

Para conseguir uma cobertura mais próxima dos cenários A e B, uma solução seria estudar a transferência de competências e tarefas a partir dos quadros de formação mais elevada aos menos qualificados, através da formação no próprio posto de trabalho.

É experiência, também em Moçambique, que os doentes de SIDA em TARV podem estar envolvidos em muitos aspectos do tratamento. Por exemplo, pacientes já em tratamento podem dar informações sobre efeitos colaterais e necessidades de adesão aos novos doentes em TARV. Os "anciãos" poderão ser utilizados em visitas domiciliárias, dando indicações sobre a oportunidade de voltar aos HdDs. Estão documentados muitos exemplos de envolvimento bem sucedido de pacientes no ciclo do TARV.⁷⁵ Isto deixar tempo para o pessoal clínico utilizar mais eficientemente as suas competências técnicas. Algo já está sendo experimentado nos VCT e o modelo pode ser expandido e aplicado ao TARV.

O SIDA entre os funcionários do MISAU

Dados recolhidos nas províncias (Nampula, Gaza, Sofala) confirmam que os óbitos por SIDA são ainda limitados (<1% da força de trabalho), embora o impacto sobre a morbidade do pessoal e as condições de trabalho seja já visível (por ex. no HC da Beira, HCB). Aos que aguardam aposentaco, cujo número continua a aumentar, junta-se um número crescente de profissionais em condições precárias de saúde. Este problema, já previsto,⁷⁶ poderá melhorar com a instauração do TARV para todos os necessitados.

⁷⁵ Scaling Up HIV/AIDS Care: Service Delivery & Human Resources Perspectives. WHO, Geneva, 2004.

⁷⁶ GFATM Mozambique ANEXO: HR needs for the integrated networks, 2002.

Discussão. Há mudanças importantes na forma como está a ser enfrentado o SIDA, se tomarmos em consideração os resultados do estudo⁷⁷ de 2002. Por ex, no HCB, a assistência aos doentes de SIDA internados melhorou em qualidade. Dispõe-se de testes para o HIV em número suficiente, a atmosfera de fatalismo entre o pessoal de saúde mudou parcialmente, falando-se mais abertamente do problema. Estamos provavelmente numa fase “crítica”, de mudança, entre a passividade, o fatalismo e a auto-negação, e uma atitude mais aberta e disponível, que deve ser estimulada. Contudo permanecem aspectos negativos:

- Ignorância entre os clínicos de base quanto ao reconhecimento dos sintomas e sinais relacionados com o SIDA, terapia e profilaxia das IOs e sobre quando e como enviar os casos suspeitos para os centros especializados para o tratamento.
- Receio de submeter-se ao teste do HIV entre muitos funcionários, e, portanto, falta de diagnóstico e tratamento das formas iniciais de SIDA, o que pode ter um impacto sobre a morbilidade e mortalidade entre os profissionais de saúde.⁷⁸
- Falta de informação sobre o número de profissionais de saúde em TARV. Parece, contudo, que só uma minoria dos necessitados tenha neste momento acesso ao tratamento.⁷⁹

Malária

A malária é endémica em todo o País, com a parcial excepção da Província de Maputo, onde está em curso uma campanha de erradicação. Diagnosticada e tratada a todos os níveis do sistema sanitário, constitui, com o SIDA, a prioridade máxima nacional. Existe uma certa preocupação que esta patologia não receba a atenção que merece face à concentração da atenção mundial sobre o SIDA. A nova estratégia faculta a medicação domiciliária com cloroquina (único caso entre as doenças infecciosas). Uma abordagem transversal/horizontal é a opção estratégica para esta patologia que mais vezes afecta todos os cidadãos durante a vida. O sistema de informação é insuficiente e de qualidade muito baixa.⁸⁰ No Plano Estratégico (*Iniciativa “Fazer Recuar a Malária”* 2002-2005), a alocação de fundos para informação e formação do pessoal, deverá ser reforçada. O risco é actuar de forma *top-down*, com pouco envolvimento do próprio pessoal ao nível primário da rede de saúde. Não está bem claro, também, como se pretende operacionalizar o reforço das estruturas comunitárias. O plano pressupõe que o pessoal siga as novas normas de diagnóstico e tratamento padronizadas e o aumento de qualidade no diagnóstico laboratorial. Contudo, a reabilitação e potencialização da rede sanitária, o investimento em medicamentos anti-malária e o aumento substancial com pessoal clínico para a prestação dos cuidados primários de saúde são indispensáveis para atingir os objectivos dos MDGs quanto à malária.

Mortalidade Materna (MM) e infantil (MI)

A MM continua elevada, embora os últimos dados do INE aparentem ter havido uma diminuição substancial. Existem grandes diferenças entre as províncias, mas, ainda mais, entre o meio urbano e rural. A cobertura dos partos institucionais é 48% a nível nacional (81% em ambiente urbano e 34% em ambiente rural); sendo as taxas de mortalidade proporcionais às condições de acesso. Há um aumento notável dos partos e das utilizadoras de meios contraceptivos, que já constituem uma minoria apreciável (17%) do grupo alvo, de acordo com o crescimento das maternidades rurais. Os diagnósticos mais frequentes de mortes maternas (em primeiro lugar, sepsis e hemorragias) são os típicos de um País com condições difíceis de acesso à maternidade segura. Só o aumento das USs com maternidades de nível primário e secundário bem equipadas e capacitadas, dispendo de sangue, antibióticos, condições para o parto (e aborto) assistido, conforme a gravidade das complicações e a diminuição das gravidezes de risco, poderá diminuir significativamente a MM. O assunto está relacionado com níveis múltiplos de serviços e competências, que só pode ser enfrentado

⁷⁷ Scuccato R e Soares I. Provedores Privados Não-Lucrativos de Serviços de Saúde em Moçambique. SDC, Maputo, Abril 2001.

⁷⁸ Relatório da visita à Província de Sofala 18-28 Julho 2004. Vio F. MISAU-DRH

⁷⁹ Actualmente os casos esperados de SIDA entre o pessoal podem ser estimado entre 60 e 90 (45-60 na cidade da Beira). Estavam em TARV, no fim de Julho 2004, 11 funcionários.

⁸⁰ Chilundo B Aanestad M Sundby J. Analysing the Quality of Routine Malaria Data in Mozambique Malaria Journal 2004: 3,3.

dentro do contexto mais amplo da expansão dos serviços e melhoria da qualidade. A prioridade do PNI é assegurar a capacidade técnica e de desempenho do pessoal, o abastecimento regular (equipamento, medicamentos, vacinas), um bom sistema de avaliação, a participação comunitária, e a contínua integração entre as componentes do programa.

Mortalidade Infantil (MI) e Programa Alargado de Vacinações (PAV)

A MI mostra uma lenta mas constante tendência à diminuição (em 2003 a nível nacional, 127 por mil; em Maputo Cidade 51 por mil; sendo a situação pior em Cabo Delgado, com uma MI de 178 por mil; o baixo peso à nascença segue o mesmo padrão: Maputo, 8%, Cabo Delgado 35%). O PNI pretende expandir a rede de USs que presta cuidados de saúde integrados (AIDI) à criança. Os dados sobre o PAV são contraditórios: a informação de rotina mostra coberturas muito elevadas (geralmente superiores a 90%), mas inquéritos ad hoc oferecem estimativas na ordem de 54-77%.⁸¹ Coberturas elevadas e estáveis estão associadas a epidemias. O aumento de postos fixos de vacinação (promoção dos PSs, pessoal qualificados e geleiras funcionantes) permitiria o aumento paulatino das vacinas administradas.

Tuberculose

A ELAT cobre cerca de 40% dos casos estimados com base na incidência anual (cerca de 3,6 por mil habitantes). Nos últimos anos está aumentando significativamente o número de doentes em tratamento, devido a um melhor despiste e aumento da incidência determinada pelo SIDA. Está aumentando também o índice de sucesso terapêutico (actualmente à volta de 78%). O plano nacional⁸² reflecte as necessidades gerais do sistema de saúde. O aumento da cobertura e a melhoria dos indicadores de qualidade do programa estão ligados ao aumento das USs que dispensam o tratamento (em 2002 havia 206 USs que prestavam o tratamento – DOTS – e um igual número de laboratórios habilitados para baciloscopia), a formação e contratação de mais pessoal de laboratório e medicina (nível básico e médio). A prioridade continua sendo uma gestão eficaz, que permita a implementação correcta das normas terapêuticas (abastecimento regular de medicamentos, investimentos nas infraestruturas, em particular a rede dos laboratório, a qualidade do exame baciloscópico, pessoal bem treinado e integrado, etc.). Do ponto de vista geográfico, as províncias prioritárias são Nampula, Cabo Delgado e Zambézia.

Lepra

A lepra é uma doença em declínio em Moçambique (prevalência estimada em 3,9 por 10.000 habitantes), graças ao uso de novos medicamentos que permitem a cura em poucos meses, pelas acções de despiste activo, formação integrada do pessoal e aumento da cobertura geográfica na distribuição de medicamentos. Os maiores investimentos com o pessoal deverão ser concentrados na Província de Nampula e, a seguir, em Cabo Delgado e Zambézia, onde é maior a taxa de prevalência.

Cólera

A cólera é uma doença endémico-epidémica bem enraizada em Moçambique, pelas condições ambientais. Em períodos epidémicos, a taxa de incidência é 6 vezes mais elevada (cerca de 150 por 100.000), do que nos períodos inter-epidémicos. Nos anos dos picos epidémicos, uma parte considerável do pessoal clínico e preventivo é desviada para os serviços de prevenção e tratamento da cólera.

Doenças cardiovasculares. A importância desta patologia está a aumentar, sobretudo nos centros urbanos, ligada a factores de risco. Contudo, a hipertensão arterial é uma patologia difusa em toda a população. As prioridades são os estudos epidemiológicos e a extensão da capacidade de tratamento com a expansão/reforço do SNS (medicamentos, equipamento básico, formação de técnicos médios e sua colocação a todos os níveis da rede sanitária).

⁸¹ QUIBB (Questionário Indicadores Básico-Estar Básico, INE, 2001. As crianças de 12 a 23 meses com três doses de DTP eram 54%. As vacinadas contra o sarampo 66% e as com BCG, 77%.

⁸² The National Strategic Plan For The National Tuberculosis and Leprosy Control 2003 – 2008

Condições de acesso. A rede sanitária

O cômputo da rede sanitária por níveis e províncias comporta problemas metodológicos fundamentais, nesta fase em que as DPSs estão a re-classificar as USs de acordo com o Diploma Ministerial (DM) 127/2002.⁸³ Aguardando-se as novas classificações, a DPC já não procede à actualização rotineira da base de dados das USs.⁸⁴ Entretanto, algumas DPSs não alteraram ainda a designação anterior, e as que já reclassificaram, fizeram-no com abordagens diferentes, porque o DM 127/2002 se presta a interpretações não unívocas, sendo muitas USs difíceis de classificar.⁸⁵ Há assim, neste momento, o uso de critérios classificadores diversos e usados de uma forma diversa.

A projecção da rede para 2010 é assunto ainda mais complicado, porque o PIS⁸⁶ não está a ser cumprido conforme o programa, seja por falta de fundos disponíveis, seja porque algumas províncias estão, de facto, mudando os seus planos. Como foi notado, "*Fundos escassos (tanto internos como externos) são canalizados para projectos fora do PIS... (sendo) a causa do problema uma certa falta de abrangência, (porque o PIS) não inclui todos os distritos da Província e descarta a pandemia HIV/SIDA*".⁸⁷ Actualmente (Outubro/04), a característica dominante em muitas províncias é a mudança nos planos e no perfil dos investimentos, começando por Nampula, que deveria ter sido a maior beneficiária do PIS. Existe a tendência de privilegiar a expansão dos CS rurais tipo II, devido ao empenho financeiro relativamente modesto e à possibilidade de captar fundos das ONGs e iniciativas locais. Por outro lado, nem sempre é possível dispor dos financiamentos avultados necessários para a reabilitação e promoção dos HDs e HRs. Portanto, a finalidade do PIS (reforço do nível secundário, indispensável para dar acesso aos cuidados de urgência e ser referência de uma rede primária muito ramificada) está a ficar, em parte, comprometida.

Actualmente o SNS conta com pouco mais de 1200 USs (tabela 6). Na base da pirâmide, há cerca de 1100 postos e centros de saúde rurais, na sua maioria de dimensões minúsculas. Portanto, uma miríade de pequenas USs com recursos frequentemente rudimentares e capacidades insuficientes, mesmo para a prestação de cuidados de saúde básicos, refere-se a 60 hospitais competentes para enfrentar emergências médicas, tais como a malária complicada, ou, potencialmente, para atender doentes com patologias relativamente complexas como o SIDA. Das cerca de 400 maternidades existentes, 140 têm 10 ou mais camas. Menos de 10% oferecem cuidados obstétricos de emergência básicos. Pouco mais de 200 US possuem laboratório, sendo cerca de 75% do tipo mini-laboratório. Cerca de 40 hospitais podem resolver emergências cirúrgicas, num País de 800.000 km². Muitos HRs funcionam em condições precárias (por ex. frequentemente devem interromper a cirurgia de plano por falta de materiais). As equipas móveis só podem aumentar um pouco as coberturas vacinais e fazer algumas consultas de SMI.

Projecção da rede em 2008-2010 (tabela 7). A informação sobre a reclassificação da rede e a projecção para 2008 foi obtida directamente pelos assessores em Nampula, Cabo Delgado, Zambézia e Gaza.⁸⁸ A DPC já dispunha da informação de Manica. Em Gaza ainda se utiliza, parcialmente, a antiga definição. As DPSs de Sofala, Cidade de Maputo e Niassa enviaram a nova classificação à DRH. As 3 províncias restantes, solicitadas, não enviaram resposta até agora (31/10/04). Na estimativa da rede sanitária prevista para 2008 usaram-se também as projecções do PIS e as informações sobre a sua implementação. Conforme o PIS, o maior incremento na rede sanitária será realizado nas Províncias do Norte e do Centro (Sul de Nampula, Vale do Zambéze, Oeste de Nampula, Sul de Cabo Delgado e Norte de Tete), e os investimentos serão mais concentrados ao nível dos HRs e HDs. Para as Províncias sem informação, foi feita uma projecção a partir do

⁸³ Caracterização Técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS, aprovada pelo Diploma Ministerial no. 127/2002. MISAU. Maputo, 2002.

⁸⁴ Referimos à base de dados em excel, re-elaborado no SIS a partir de um ficheiro em Lotus que foi actualizado durante alguns anos pela SDC. O ficheiro contém a informação a cerca do número de camas, água, electricidade, viaturas, geleira e pessoal (por níveis) de cada US, por distrito e localidade.

⁸⁵ Ver ANEXO 4 para uma discussão sobre os problemas metodológicos relativos à aplicação do DM 127/2002.

⁸⁶ Plano de Investimento da Saúde. 2004-2008-2013. DPC-MISAU. Março 2003.

⁸⁷ Memo: Financiamento do PIS, Ponto da Situação em Dezembro 2003. Doc. Int. DPS, por Stijn Broecke

⁸⁸ Documentos em formato electrónico (E-mail sociosanitario.drh@teledata.mz)

ficheiro do SIS. Os anexos 2 e 5 dão os detalhes técnicos. Obviamente trata-se de uma estimativa provisória que deverá ser monitorizada.⁸⁹

Tabela 6. Rede sanitária em 2004

Nível de US	Ns	CD	Nm	Z	T	Mn	S	I	G	Mp	Mc	total
Hospital Central	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	3
Hospital Provincial	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	7
Hospital Psiquiátrico	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Hospital Geral	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	3	6
Centro de Saúde urbano A	0	1	1	0	3	0	3	1	3	0	3	15
Centro de Saúde urbano A com Mat	0	0	1	2	1	0	3	1	1	2	8	19
Centro de Saúde urbano B	0	1	1	6	3	1	0	0	0	2	2	16
Centro de Saúde urbano B com Mat	2	1	0	0	1	2	0	0	1	0	3	10
Centro de Saúde urbano C	4	3	11	2	3	0	4	2	1	3	19	52
Centro de Saúde urbano C com Mat	6	2	0	0	2	0	3	2	1	1	0	17
Hospital Distrital	0	0	0	2	2	4	3	6	4	4	0	25
Hospital Distrital com cirurgia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Rural	1	3	4	5	3	1	5	2	4	2	0	30
Centro de Saúde Rural I	14	15	33	11	14	11	8	7	4	4	0	121
Centro de Saúde Rural II	26	64	65	99	43	55	63	58	50	34	1	558
<i>Total</i>	<i>54</i>	<i>91</i>	<i>120</i>	<i>128</i>	<i>76</i>	<i>75</i>	<i>93</i>	<i>80</i>	<i>70</i>	<i>53</i>	<i>41</i>	<i>881</i>
Postos de Saúde	69	13	62	39	20	4	49	7	35	9	0	307
Outros postos (privados)	0	0	2	0	5	0	5	0	0	8	0	20
<i>Total geral</i>	<i>123</i>	<i>104</i>	<i>184</i>	<i>167</i>	<i>101</i>	<i>79</i>	<i>147</i>	<i>87</i>	<i>105</i>	<i>70</i>	<i>41</i>	<i>1208</i>

Tabela 7. Rede sanitária prevista 2008-2010

Nível de US	Ns	CD	Nm	Z	T	Mn	S	I	G	Mp	Mc	total
Hospital Central	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	3
Hospital Provincial	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	7
Hospital Psiquiátrico	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Hospital Geral	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	3	6
Centro de Saúde urbano A	0	2	1	0	3	0	4	1	3	0	9	23
Centro de Saúde urbano A com Mat	1	0	2	2	1	1	5	1	1	2	3	19
Centro de Saúde urbano B	1	3	1	6	3	1	1	0	1	2	2	21
Centro de Saúde urbano B com Mat	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	3	9
Centro de Saúde urbano C	4	1	9	2	3	0	4	2	1	3	19	48
Centro de Saúde urbano C com Mat	6	2	2	0	2	3	3	2	1	1	0	22
Hospital Distrital	0	4	3	3	5	4	2	5	5	6	0	37
Hospital Distrital com cirurgia	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Hospital Rural	1	3	4	6	3	1	5	3	4	2	0	32
Centro de Saúde Rural I	16	13	35	11	16	11	4	8	8	3	0	125
Centro de Saúde Rural II	29	72	72	106	42	56	64	58	58	33	1	591
<i>Total</i>	<i>61</i>	<i>102</i>	<i>135</i>	<i>137</i>	<i>80</i>	<i>79</i>	<i>94</i>	<i>81</i>	<i>84</i>	<i>53</i>	<i>42</i>	<i>948</i>
Postos de Saúde	64	9	55	37	20	0	58	7	25	9	0	284
Outros postos (privados)	0	0	2	0	5	0	26	0	0	8	0	41
<i>Total geral</i>	<i>125</i>	<i>111</i>	<i>192</i>	<i>174</i>	<i>105</i>	<i>79</i>	<i>178</i>	<i>88</i>	<i>109</i>	<i>70</i>	<i>42</i>	<i>1273</i>

⁸⁹Recebemos os dados de Inhambane no dia 12/11/2004. Conforme a reclassificação desta província haveria um número mais elevado de CS rurais tipo II e um número inferior de HRs e HDs em relação ao que está projectado. Portanto, embora os dados sejam diferentes, estão, de alguma forma, equilibrados.

O Pessoal de Saúde

Composição e distribuição por US e região do quadro do pessoal existente

O MISAU é o segundo empregador do País e do Estado, após o Ministério da Educação (MINED), com quase 20 mil funcionários espalhados capilarmente no território nacional. A tabela 8 mostra a composição por especialidades do pessoal de Saúde enquadrado no Aparelho do Estado. Relativamente aos médicos, não se consideram os contratados directamente pelo próprio HCM, nem os expatriados com contratos particulares (o total global dos médicos em 2004 era 712). Houve um grande aumento dos profissionais de SMI, tanto em termos absolutos, como em percentagem. Aumentaram bastante, também, os quadros de medicina, sobretudo os de nível básico. Os enfermeiros aumentaram em número, mas diminuíram como percentagem da força de trabalho.

Tabela 8. Pessoal de Saúde por carreira. 2000 e 2004 (30/06). Simplificado Fonte SIP

Carreiras	2000	%	2004	%	aumento numérico	% aumento
Médicos	424	2,8	480	2,6	56	13,2
Enfermagem	3664	23,9	4025	21,5	361	9,9
Saúde Materna Infantil	1414	9,2	2380	12,7	966	68,3
Administração, economia etc.**	1273	8,3	1457	7,8	184	14,5
Medicina	820	5,3	1169	6,3	349	42,6
Medicina preventiva	466	3,0	495	2,6	29	6,2
Laboratório e bioquímica	653	4,3	677	3,6	24	3,7
Farmácia	419	2,7	530	2,8	111	26,5
Outros qualificados	689	4,5	774	4,1	85	12,3
Agentes de serviço e auxiliares ***	5517	36,0	6710	35,9	1193	21,6
Técnicos de obras, operários, condutores	587	3,8	738	3,9	151	25,7
Totais	15339	100,0	19435	100,0	3358	21,9

. **compreende 42 categorias de funcionários com tarefas administrativas.

*** em 2000 na categoria, medicina. *** compreende também pessoal sem qualificações

N.B.: oftalmologia, psiquiatria, psicologia, cirurgia na carreira de medicina. Instrumentação e anestesia na carreira de enfermagem. Outros qualificados: profissionais técnicos de fisioterapia, estomatologia, radiologia, nutrição, biologia, química veterinária

A tabela 9 e a figura 5 mostram uma leve melhoria na distribuição do pessoal entre as regiões e províncias de Moçambique. Contudo, as diferenças acentuam-se se considerarmos a distribuição do pessoal por nível técnico; a tabela 10 evidencia a grande concentração na capital dos técnicos melhor formados. Contrariamente ao que se pensa, as outras províncias do Sul não estão beneficiadas, e sofrem, em particular, carência de quadros superiores.

Tabela 9. Evolução do Pessoal de Saúde por área de afectação. 1990-2004

Colocação	1990		1997		2000		2004	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Norte	5.020	31,1	5.235	33,8	5.448	34,2	6779	34,9
Centro	3.626	22,4	3.866	24,9	3.842	24,2	4880	25,1
Sul	3.118	19,3	2.634	17	2.878	18,1	3414	17,6
Maputo/Cidade, HC Maputo	4.081	25,3	2.938	19	2.964	18,6	3570	18,4
Órgãos centrais	315	1,9	827	5,3	775	4,9	792	4,1
<i>Total</i>	<i>16.160</i>	<i>100</i>	<i>15.500</i>	<i>100</i>	<i>15.907</i>	<i>100</i>	<i>19435</i>	<i>100,0</i>

Fonte SIP, elaborado



Fonte: balanço do PESS. DPC, 2004.

Tabela 10. Pessoal de Saúde por nível e área de afectação. 2004.

Colocação	total	licenciados	médios	básicos	elementares	auxiliares
	%	%	%	%	%	%
Norte	34,9	16,8	30,9	36,2	41,9	33,8
Centro	25,1	16,5	23,4	24,5	28,5	25,6
Sul	17,6	9,3	17,3	20,6	18,2	15,5
Maputo/Cidade, HC Maputo	18,4	32,8	18,1	18,0	8,2	22,9
Órgãos centrais	4,1	24,6	10,3	0,7	3,2	2,2
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Fonte SIP, elaborado. Norte: Niassa, C. Delgado, Nampula, Zambézia. Centro: Tete, Manica, Sofala. Sul: Inhambane, Gaza, Maputo/P

Tabela 11. Evolução do pessoal de Saúde por níveis. 1990-2004*.

Nível	1990		1997		2000		2004		1990-2004	
	No.	%	No.	%	No.	%	No	%	Diferença	aumento %
Superior	207	1,3	424	2,7	583	3,7	686	3,5	479	231,4
Médio	865	5,4	1.989	12,8	2.489	15,6	2.907	15,0	2.042	236,1
Básico	5.197	32,2	4.264	27,5	4.635	29,1	5.963	30,7	766	14,7
Elementar	1.660	10,3	1.583	10,2	1.679	10,5	2.448	12,6	788	47,5
Auxiliar (1)	8.231	50,9	6.857	44,2	5.030	31,6	6.243	32,1	-800	-9,7
Outros (2)	0	0,0	383	2,5	1.510	9,5	1.188	6,1	-	-
Total	16.160	100	15.500	100	15.926	100	19.435	100		

Fonte: SIP, elaborado * 30/06/2004.

Nestes últimos 14 anos houve uma redistribuição da força de trabalho: os técnicos de nível superior existentes no SNS multiplicaram-se mais de 3 vezes (actualmente constituem 5% contando com o pessoal contratado), o mesmo acontecendo com os técnicos médios e médio-especializados (15% do total). Em números absolutos, aumentaram também os técnicos básicos e, através de iniciativas provinciais de formação, os elementares, principalmente as parteiras. Reduziram-se substancialmente os auxiliares, pelo que o número global ficou praticamente constante. Entre 2002 e 2004, porém, houve um aumento generalizado da força de trabalho no Sector Saúde (tabela 11).

A distribuição do pessoal por nível de US, ocorrida entre 1990 e 2002 (tabela 12), aponta para uma melhoria significativa da situação.

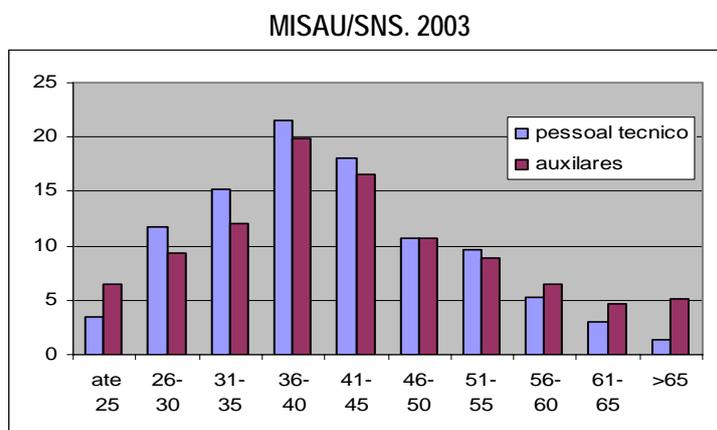
Tabela 12. Distribuição de pessoal por US da rede rural primária e secundária.

Nível	Postos		Centros II		Centros I		H Rurais	
	1990	2002	1990	2002	1990	2002	1990	2002
Superior	0	0	0	0	0	0,6	0,5	1,5
Médio	0	0,1	0,1	0,4	0,4	3,8	3,2	13,6
Básico	0,4	0,6	2,1	2	9,2	11,3	27,5	21,3
Elementar	0,4	0,8	1,5	1,6	5,8	5,7	6,4	7,5
Média total	0,8	1,5	3,7	4,1	15,4	21,5	37,6	44,3

Fontes: PDRH 1992-2002, SIP, SIS, elaborado

N.B. a designação das USs for ajustada conforme o DM 127/2002.

Figura 6. Distribuição percentual do pessoal por faixas etárias.



Fonte: SIP, elaborado

O grupo etário mais numeroso entre o pessoal técnico é o que tem entre 36 e 45 anos. Provavelmente os mais jovens (20/25) estão sub-estimados, estando, em boa parte, a entrar ou recém-entrados (e ainda em fase de registo) no SNS; a maior parte do pessoal contratado e sem informação da idade entra neste grupo. O anexo 1 reporta as faixas etárias das principais categorias dos profissionais de Saúde. Os técnicos médios são um pouco mais jovens (moda no grupo de 31 a 35 anos para a maioria das categorias), com excepção dos de medicina preventiva (moda entre 51 e 55 anos), devido à promoção administrativa de um bom número de AMP na década de '90. Os básicos mostram uma curva bi-modal, sendo algumas categorias mais concentradas no grupo de 25 a 30 (AM, AMP, AF, TL) e outras no de 35 a 40 (ESMI, EB). A sub-estimação do grupo 20-25 pode ser maior entre os básicos, devido à demora na integração no sistema de muitos enfermeiros básicos e de SMI que saíram nos últimos 2 anos das escolas de formação. Por fim, a maioria dos técnicos elementares estão compreendidos no grupo 35-45 anos.

Dinâmica do pessoal: ingressos, perdas, aposentações

Num sistema onde a absorção de quadros (“nomeação”) é gerida centralmente, dispendo as instituições do SNS de ínfima capacidade de contratação autónoma,⁹⁰ muitos recém-graduados ficam sem trabalhar durante longos períodos, devido à morosidade dos tramites administrativos (em boa parte controlados por instituições externas ao MISAU), à fraqueza do sistema de gestão e aos limites orçamentais estabelecidos pelo MPF. O apoio da Cooperação Internacional,⁹¹ permitiu reter boa parte dos quadros dentro do SNS. Nos finais de 2003, havia 1415 trabalhadores no SNS em situação irregular (não absorvidos). Dados de Setembro/2004, de Nampula, apontavam para 222 contratados, 8% da força de trabalho do sistema; em Gaza havia 76 contratados. Estima-se que a nível nacional, haja actualmente (Outubro 2004) cerca de 1500 funcionários nesta situação, sendo a maior parte pagos pelo Fundo Comum Provincial (FCP). Entretanto, houve maior celeridade na tramitação do expediente, o que levou à diminuição significativa dos tempos de absorção no sistema público, pelo menos em algumas províncias, por ex. Nampula.⁹²

Tabela 13. Pessoal técnico de saúde. Colocados, absorvidos e não apresentados 2000-2003

	2000	2001	2002	2003
Colocados	313	605	902	1164
Absorvidos	92	207*	865	600
Não apresentados	s/i	159	60	164

* parcial, só pessoal gerido pelo nível central

O número de colocados (tabela 13) reflecte o número de profissionais graduados pelas Instituições de Formação (IFs) no período imediatamente precedente, o cabimento orçamental para sua absorção e a disponibilidade financeira externa (Fundo Comum, depois Pró-Saúde, outros parceiros bilaterais). O número dos absorvidos depende só do Orçamento do Estado (OE) disponível para o efeito. Os dados de 2000 são duvidosos e os de 2001 incompletos. Parte dos “não apresentados” podem ter sido contratados pelas ONGs ou pelo sector privado lucrativo. Outros renunciam à colocação em ambiente rural ou outra província. Este problema é mais frequente com os cursos de SMI.⁹³

As perdas de pessoal em 2003 (tabela 14) foram, globalmente, 236. Expulsões, demissões e exonerações diminuíram para números insignificantes entre 1999 e 2003 (de 45 para 12 funcionários). Os óbitos aumentaram quase 3 vezes no mesmo período (de 70 para 194).

⁹⁰ Por ex. O HCM, a instituição, de longe, mais autónoma do País, gere directamente só 20% das despesas recorrentes (McPake B, Hongoro C, A Cost- Analysis of Maputo Central Hospital, Republic of Mozambique LSHTM-AUSTRAL-LATH, 2003. O HCM cotrola e gere as suas próprias receitas – obtidas através da Clínica Especial, estimadas em 7,8 milhões de USD em 2002).

⁹¹ Inicialmente a SDC, desde 2004 o Fundo Comum.

⁹² Entrevista com A.A. Manjate, DRH Nampula

⁹³ Por ex., o curso de nível médio de SMI terminado em Maputo com 23 finalistas no 1º semestre 2003, apenas 15 seguiram para os lugares de colocação. As ESMI são as que mais fazem pedidos de alteração de colcoação.

Tabela 14. Perdas do pessoal de saúde por causas. 1995-2003

Causa	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Expulsão	0	32	0	24	17	23	15	24	2
Demissão	0	22	0	12	16	13	7	10	4
Aposentação	125	119	312	384	79	68	84	120	30
Exoneração	0	9	0	11	12	4	2	4	6
Óbitos	24	26	57	62	70	118	121	110	194
Diversos	126	138	102	0	0	0	0	0	0
Total	275	346	471	493	194	226	229	268	236

Fonte: SIP

Os óbitos notificados em 2003 constituem pouco mais de 1% da força de trabalho, mantendo-se bem abaixo das estimativas do PDRH 2001-2010 (3,5%, - 1,5% causado pelo SIDA), sendo maior a percentagem entre o pessoal auxiliar, geralmente de idade mais avançada (figura 6). A mortalidade entre o pessoal cresceu nitidamente entre 2002 e 2003, e pode ser explicada com a chegada da onda epidémica de SIDA, 5-10 anos após a difusão do vírus e a fase de aumento rápido da prevalência. A possibilidade de dispor de medicamentos ARV em todas as províncias e a detecção e o encaminhamento dos doentes poderá limitar o impacto do SIDA entre o pessoal de Saúde, para bem abaixo de 1,5%.

Embora nos últimos anos não haja informação em relação ao pessoal gerido pelas DPSs, a média anual das aposentações é muito provavelmente inferior ao pessoal que alcança a idade da reforma: há um atraso sistemático no processo burocrático, pelo que um número crescente de quadros entra na categoria dos “*que aguardam aposentação*” (actualmente mais de 800). Estes quadros continuam recebendo normalmente pelo MISAU e não pelo Sistema de Previdência Social. Trata-se de uma sobrecarga financeira completamente desnecessária, que atrasa o preenchimento das vagas pelos profissionais recém-formados⁹⁴. O problema é comum a todo o Aparelho do Estado: em finais de 2003, estimava-se que esta situação abrangesse 10.200 funcionários públicos, principalmente auxiliares ou elementares.⁹⁵ Estão a ser pagos pelo MISAU 521 quadros profissionais e 707 auxiliares com idade superior a 60 anos, 625 profissionais e 375 auxiliares entre os 56 e 60; a maioria destes quadros já estão inactivos, aguardando a fixação das pensões pelo MPF. O número dos com direito à reforma aumentará nestes anos: parte dos 1779 profissionais e 1064 auxiliares agora na faixa entre 50 e 60 anos deverão deixar o SNS no próximo quinquénio, se só considerarmos os limites de idade. Estes valores são um pouco subestimados, porque há informação sobre a idade só para 92% dos técnicos médio-superiores e 85%, nas categorias inferiores.

Género

As mulheres constituíam a 30/06/04, 48,1% da força de trabalho do MISAU, concentradas particularmente na área de SMI, onde o recrutamento está discriminado por sexo. Conforme previsões, até ao fim de 2005, 55% de 1650 estudantes que serão graduados nas IFs serão mulheres, pelo que a diferença em número ainda se reduzirá.⁹⁶ Fora deste sector, as estudantes continuam em minoria nas escolas de formação, particularmente nos cursos médios e nas regiões nortenhas. Na maior instituição de formação do Norte (Nampula), excluindo os cursos de SMI, havia 65 mulheres num total de 204 estudantes⁹⁷. Tal se deve ao acesso difícil à escola de ensino geral, que diminui drasticamente o número das candidatas aos cursos de saúde. O DRH/DF baixou em 2000 o nível de escolaridade exigida para os cursos médios (12^a para 10^a), podendo assim cativar mais jovens de sexo feminino.⁹⁸

⁹⁴ PESS da Província de Tete

⁹⁵ Myers B. Recommendations for a Medium Term Salary Reform Strategy in Mozambique. UTRESP. 30 January 2004

⁹⁶ Estudantes pelos quais há informação sobre o sexo. Não há informação à cerca de 354 estudantes.

⁹⁷ Estatísticas do ICSN. 1^o semestre 2004.

⁹⁸ Nos finais da década de '90 a escolaridade necessária para se candidatar aos cursos médios de saúde foi elevada à 12^a classe. Uma decisão tomada para diminuir os tempos de formação e baixar os custos. Contudo, as possibilidades de recrutar alunas ficaram seriamente prejudicadas.

A tabela 15 analisa a força de trabalho conforme a escolaridade. A percentagem de técnicos com formação superior e básica não mostra diferenças importantes nos dois sexos; as maiores diferenças encontram-se entre os técnicos médios, talvez por haver um número ainda muito reduzido de pessoal de SMI com este nível.

Tabela 15. Percentagem do pessoal de Saúde por escolaridade e sexo. 2004.

Sexo	nível				total
	superior	médio	básico	outro	
♀	3,6	10,2	21,1	65,0	100
♂	3,9	16,2	20,2	59,7	100

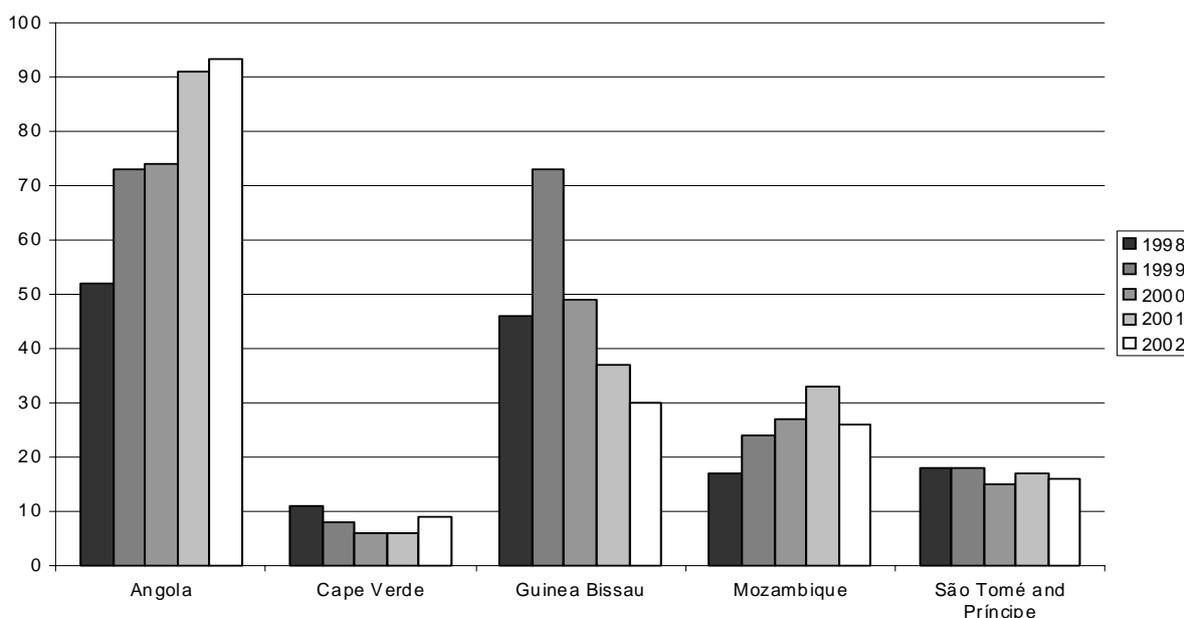
Fonte: SIP, elaborado

O desequilíbrio é maior se analisarmos os cargos de chefia e direcção: só 2,5% do pessoal feminino ocupa estes lugares, contra 5,7% dos homens. Só 21 dos 95 directores distritais, 2 dos 11 directores nacionais e 1 dos 11 directores provinciais são mulheres. A carreira de SMI é considerada com pouca vocação para funções de gestão e direcção, *fora da sua área específica*. Conforme o ponto de vista, a área exclusiva de SMI pode ser vista como uma “reserva protegida” mas também como “um gueto”, onde as mulheres têm possibilidades limitadas de interacção com o sistema de Saúde.

Emigração do pessoal de Saúde

Na idade da globalização, a migração dos técnicos, inclusive os do Sector Saúde, tem-se tornado habitual. O direito individual de emigrar e procurar melhores condições de vida algures está garantido por acordos internacionais. Moçambique não é excepção, mas a dimensão do fenómeno é ainda limitada (figura 7 e 8), provavelmente por razões linguísticas e um forte sentido de ligação à mãe-pátria.

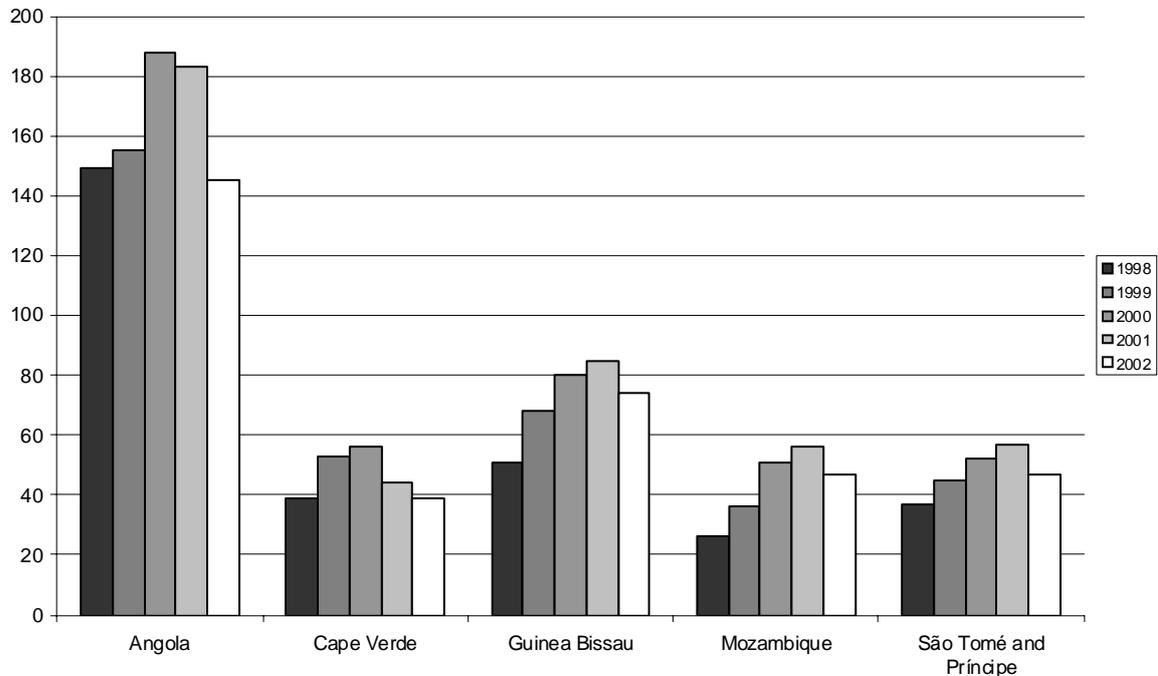
Figura 7. Número de enfermeiros dos PALOPs a trabalhar em Portugal (1998-2002)



Fonte: Departamento de Modernização e Recursos de Saúde, Lisboa

Em 2002 havia 45 médicos e 26 enfermeiros Moçambicanos a trabalhar em Portugal (figura 7 e 8). Trata-se de um número muito inferior ao dos técnicos provenientes de outros países do PALOP em terra Lusa. O número de profissionais da saúde Moçambicanos em outros países é provavelmente muito baixo. Por sua vez, 8 médicos estrangeiros Africanos trabalhavam em 2003 em Moçambique com contrato individual. Analisando a força de trabalho de origem Moçambicana em Portugal, foi considerado que “o seu tamanho não é negligenciável, mas, ao mesmo tempo, não é significativo, como em outros Países lusófonos.”⁹⁹

Figura 8. Número de medicos dos PALOPs a trabalhar em Portugal (1998-2002)



Fonte: Departamento de Modernização e Recursos Humanos , Lisboa

⁹⁹ Ferrinho 2004 P, Omar C., The Human Resources for Health Situation in Mozambique Final Report May 2004. (Unpublished). Maputo Mozambique.

Formação Inicial. Técnicos Básicos e Médios

Introdução

O Ministério da Saúde é responsável directo da formação de técnicos de saúde de nível básico e médio, através da sua rede de formação constituída por 12 Instituições de Formação, uma em cada Província, excepto Zambézia e Sofala, que conta com duas IF cada uma delas. Em Nampula existe também um outro Centro de Formação de Saúde utilizado basicamente para formação de pessoal elementar.

O Ministério de Educação aprova os Programas de Formação formulados e elaborados pelo Departamento de Formação do MISAU, e reconhece os graus de formação levados a cabo nas Escolas de Saúde.

As Instituições de Formação dependem administrativamente das Direcções Provinciais de Saúde, portanto os gastos de operacionalidade são incluídos e suportados através da planificação financeira provincial. No entanto os custos para a realização e desenvolvimento dos Cursos são apoiados directamente pela Direcção de Recursos Humanos, via subcontratos de prestação de serviços com fundos externos (HIV/SIDA, FC, UNFPA/DFID, etc.), garantindo a culminação dos cursos planificados.

O Departamento de Formação, nível central, norma e monitoriza as directivas de gestão pedagógica das Instituições de Formação, além de efectuar a planificação anual dos cursos por cada Instituição, em coordenação com as mesmas e no âmbito do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos vigente.

Necessidades identificadas de formação de técnicos de saúde (p.e. Enfermeiros e Parteiras Elementares) e consideradas prioritárias a nível provincial, geralmente são levadas a cabo com financiamento local, quer de parceiros ou ONGs. Procura-se que a maioria destas formações seja efectuada sem prejuízo do plano nacional de formação; quando se trata de formações para quadros de nível básico realiza-se a compensação na estrutura do plano nacional referido.¹⁰⁰

Capacidade Institucional de Formação

Corpo Directivo

A equipe directiva duma Instituição de Formação é constituída pelo Director Geral, Director Pedagógico e Director Administrativo. 42% dos Directores Gerais das Instituições de Formação são médicos, um dos quais um é médico especialista, 25% Psicopedagogos e 33% de outras carreiras. 91,7% dos Directores Gerais são de carreiras específicas ligadas à Saúde ou possuem experiência longa em Saúde na base dos seus primeiros estudos; só 8,3% não tem experiência nas actividades ou formação em saúde. 75% tem formação superior e 25% formação de nível médio.

¹⁰⁰ Tentativa de evitar o aumento descontrolado da formação do volume de técnicos a serem absorvidos pelo MISAU.

Tabela 16. Antecedentes e Nível de Formação do Pessoal Directivo das Instituições de Formação 2004

Instituição de Formação	Direcção Geral			Direcção Pedagógica		
	Profissão	Sexo	Tempo Perm.	Profissão	Sexo	Tempo Perm.
CFS Pemba	Psicopedagogo (Enf. Geral Esp. Ensino)	M	3 a.	Psicopedagogo	M	2 a.
CFS Lichinga	Médico Clínica Geral	M	1 a.	Enfermeira SMI Esp. Ensino	F	1 a.
ICS Nampula	Médico Clínica Geral	M	4 a.	Lic. Enfermagem Obstétrica	F	3 a.
ICS Quelimane	Psicóloga	F	3 a.	Enfermeira SMI	F	6 m.
CFS Mocuba	Técnico Med. Geral	M	8 m.	Técnico Medicina Geral	M	8 m.
ICS Beira	Lic. em História (Enf. Geral Esp. Instrum.)	M	5 a.	Lic. Em Francês (Enf. Geral Esp. Ensino)	F	8 a.
CFS Nhamatanda	Enf. Geral Esp. Ensino	M	3 m.	Téc. Med. Esp. Ensino	M	3 m.
CFS Chimoio	Enfermeira Geral Esp. Ensino	F	3 a.	Enfermeiro Geral Esp. Ensino	M	3 a.
CFS Tete	Psicopedagogo	M	6 m.	Lic. Enfermagem Geral	M	4 a.
CFS Inhambane	Médico Clínica Geral	M	6 m.	Téc. Med. Geral Esp. Ensino	M	6 m.
CFS Chicumbane	Médico Clínica Geral	F	3 a.	Enfermeiro Geral Esp. Ensino	M	8 m.
ICS Maputo	Médico Especialista em Ginecologia e Obstetrícia	M	8 a.	Bacharel em Gestão (Enf. Geral Esp. Gestão)	M	8 a.

Legenda: () Indica curso de saúde prévio à formação superior

Fonte: DRH/DF 2004

Os Directores Pedagógicos na sua totalidade possuem formação pedagógica, obtida através de curso de especialização ou durante o desenvolvimento da carreira específica¹⁰¹. Só uma percentagem pouco significativa equivalente a 8,3% não possui conhecimentos de base das actividades de saúde.

Em relação ao género: 25% dos Directores Gerais são mulheres. As Direcções Pedagógicas também são exercidas principalmente por pessoal masculino (66,7%).

A permanência nos cargos respectivos corresponde a 41,7% dos Directores Gerais cujo tempo de permanência no cargo é menor de um ano, a maioria tem mais de três anos no cargo. 50% das Direcções Pedagógicas possui um tempo de permanência menor de um ano.

Tabela 17. Antecedentes e Nível de Formação do Pessoal Directivo Administrativo das Instituições de Formação 2004

Instituição de Formação	Direcção Administrativa		
	Profissão	Sexo	Tempo Perm.
CFS Pemba	Téc. Administração Pública	M	2 a.
CFS Lichinga	Técnica de Administração	F	1 a.
ICS Nampula	Téc. Administração Hosp.	M	3 a.
ICS Quelimane	Técnico Básico de Contas	M	1 a.
CFS Mocuba	Depende do ICSQ	-	-
ICS Beira	Téc. Administração Pública	M	4 a.
CFS Nhamatanda	Depende do ICSB	-	-
CFS Chimoio	Téc. Administração Hosp.	M	1 a.
CFS Tete	Téc. Administração Hosp.	M	4 a.
CFS Inhambane	Téc. Administração Hosp.	M	6 a.
CFS Chicumbane	Agente de Administração	M	4 m.
ICS Maputo	Bacharel em Gestão* (Enf. Geral Esp. Gestão)	M	8 a.

Legenda: * Acumula funções de Direcção Pedagógica e Administrativa

¹⁰¹ Dois dos Directores Pedagógicos fizeram a formação no Brasil e de acordo com o programa de formação nesse País a Licenciatura é obtida através da realização de disciplinas referentes a gestão e desenvolvimento pedagógico.

As Direcções Administrativas, embora existentes como componente da equipa de gestão, poucas vezes são envolvidas ou participam em termos de planificação das actividades lectivas da Instituição; assim, os aspectos de hotelaria e manutenção da infraestrutura física institucional são consideradas mais importantes do que as actividades lectivas, com os prejuizos inerentes: falta de material, combustível ou transporte para a deslocação dos alunos aos campos de estágio e vice-versa, falta de fundos para a contratação de professores eventuais para o acompanhamento dos estágios, e inclusive para a monitorização pedagógica dos alunos em estágio rural ou clínico nas unidades sanitárias distantes da IF.

A Direcção Administrativa da Instituição é provavelmente uma das áreas que precisa de maior apoio e reforço. O pessoal existente nem sempre possui a formação adequada para o nível e magnitude da Instituição de Formação. Assim mesmo, a correlação e finalidade principal que é de formar técnicos com boa qualidade, nem sempre é compreendida, em consequência, a inadequada definição de prioridades financeiras prejudicam o desenvolvimento regular dos cursos.

Observações:

- ✓ Os quadros técnicos colocados para gerir as Instituições de Formação, geralmente não possuem formação em gestão e administração.
- ✓ As equipas directivas não contam com instrumentos que lhes permitam efectuar uma auto-capacitação com maior urgência¹⁰² sobre a gestão geral ou administrativa da IF.
- ✓ Algumas IF contam com pessoal de formação básica na responsabilidade de gestão administrativa e financeira da instituição.
- ✓ As DPSs mudam as equipas directivas sem prévia coordenação e/ou comunicação com o Departamento de Formação.

Estratégias de Desenvolvimento da Capacidade Técnica Institucional

A equipe de Direcção da Instituição de Formação é a responsável directo pela qualidade da formação. Uma adequada gestão pedagógica dos cursos desenvolvidos coadjuvados pela gestão e administração financeira favorece a realização dos cursos com bons resultados.

A partir de 2001, o Departamento de Formação iniciou um programa de formação em gestão envolvendo 100% dos Directores Gerais e Pedagógicos das IF¹⁰³ a nível nacional. Outras estratégias incluíram: Reuniões técnicas nacionais ou regionais, supervisão das actividades e apoio técnico, e colocação de assessores pedagógicos nas diversas Instituições. Em alguns casos foram mudadas as Direcções na expectativa de melhorar os resultados pedagógicos.

As estratégias de melhorar a capacidade técnica das equipas directivas devem ser reforçadas mediante:

- Selecção de pessoal com formação e experiência em:
 - ✓ Gestão e serviços de saúde para as Direcções Gerais.
 - ✓ Pedagogia e serviços de saúde para as Direcções Pedagógicas
 - ✓ Administração e serviços de saúde para as Direcções Administrativas
- Programas de capacitação específica para cada cargo, dentro do possível, prévia ao desempenho do mesmo.
- Programas de actualização técnica no contexto do cargo em desempenho.
- Monitorização do desempenho na base dos resultados institucionais, sob a responsabilidade do DF, em conjunto com a DPS.

¹⁰² Manuais de gestão institucional uniformizados ou estandardizados

¹⁰³ Gerência de Programas e Treinamento e Fortalecimento da Gestão das Instituições de Formação: apoio técnico de Management Sciences for Health

Corpo Docente

O crescimento efectivo da capacidade docente no curso dos últimos três anos observa-se na tabela 18. A composição qualitativa da equipa de docentes modificou-se para níveis médio, médio especializado e superior (16,2% dos docentes são de nível superior).

Tabela 18. Docentes efectivos actuais 2004

Item	Instituição de Formação	Categoria do Docente			Nº Total Docentes 2004
		Médio	Médio Espec.	Superior	
1.	ICS Maputo	13	13	7	33
2.	ICS Beira	9	9	4	22
3.	ICS Nampula	16	3	4	23
4.	ICS Quelimane	14	3	2	19
5.	CFS Chicumbane	6	2	2	10
6.	CFS Inhambane	4	4	2	10
7.	CFS Nhamatanda	0	2	0	2
8.	CFS Chimoio	9	3	2	14
9.	CFS Tete	11	3	2	16
10.	CFS Mocuba	4	2	0	6
11.	CFS Pemba	5	2	2	9
12.	CFS Lichinga	5	3	1	9
Total		96	49	28	173
		55,5%	28,3%	16,2%	100%

N.B. Não estão incluídos 06 docentes que estão a cursar formação superior no ISCISA, nem a Assistência Técnica. Fonte: DF/RAF- Out.'04

Os quadros técnicos colocados nas IF são submetidos a um programa de formação contínua para melhorar e actualizar os seus conhecimentos, assim como as suas habilidades técnicas. Cursos técnicos, quer na área de pedagogia, quer na área especializada são levados a cabo, organizados pelo Departamento de Formação em coordenação com os diversos Programas Preventivos Promocionais de Saúde ou pelos próprios Programas. O apoio recebido pela assistência técnica sediada nas IF contribui para o reforço técnico dos docentes.

O investimento realizado em cada docente perde-se, com relativa frequência devido à falta de apoio da DPS: os quadros com melhor desenvolvimento técnico na Instituição são transferidos para outro serviço considerado prioritário pela DPS, e, em substituição, alguma vezes, envia-se um funcionário tipificado como indisciplinado ou incompetente. Estas situações, embora sejam menos frequentes, reflectem a falta de sensibilidade de algumas DPS na responsabilidade da qualidade de formação.

Aparentemente o facto de que, em etapas anteriores, a Província usufruía apenas de aproximadamente 20-25% do total de graduados dos Cursos que tivessem decorrido nessa Província, era a causa principal da falta de colaboração da DPS.

Ao problema de permanência dos técnicos de docência, somam-se as dificuldades de colocação de recursos técnicos para exercer a docência nas Instituições de Formação pelos seguintes motivos:

- ✓ Falta de atractivos da carreira de formador.
- ✓ Falta de coordenação das DPS: as propostas de afectação de técnicos nas Instituições de Formação, por vezes são rejeitadas devido à diversificação de prioridades.

Ainda assim, as estratégias formuladas pela DRH/DF para preencher as vagas de docentes implicaram a colocação de técnicos de nível médio apenas promovidos, e alguns técnicos médios iniciais recém graduados, para além de quadros de nível superior das carreiras de Enfermagem e de Enfermagem Obstétrica, também

de graduação recente. Estes quadros foram colocados principalmente nos Institutos de Ciências de Saúde cuja responsabilidade é a formação de quadros de nível médio.

Assistência Técnica

No último triênio, foi proporcionado apoio externo para algumas carreiras de interesse de alguns doadores (p.e. Enfermagem de SMI), ficando outras carreiras sem o apoio requerido (por ex. Enfermagem), com as inerentes consequências na qualidade da formação destes quadros. A assistência técnica registada especifica 12 cooperantes distribuídos nas diversas Escolas de Saúde.

Está prevista a chegada de 21 técnicos expatriados de saúde de nacionalidades cubana e indiana para apoiar principalmente a formação de nível médio. De acordo com os dados de pessoal técnico que apoia a formação, no início de 2005 a rede de formação do MISAU deverá contar com 33 assessores técnicos para a capacitação em serviço do pessoal docente e intervenção directa no processo de formação teórico-prática, nas diversas áreas: Saúde Materno-Infantil, Enfermagem, Farmácia e Laboratório.

O tempo de permanência deste apoio técnico está planificado para os dois próximos anos. Factores relacionados com a disponibilidade financeira e os resultados obtidos condicionarão a continuidade deste apoio, embora aparentemente os fundos estejam garantidos.

A utilização da assistência técnica para formação deverá ser rentabilizada sob o ponto de vista de reforço e crescimento técnico da capacidade institucional, e não ser focada como elementos de substituição. Para isto a DRH em coordenação com as IF e DPS deverão garantir as contrapartes respectivas, objecto da capacitação em trabalho. A Direcção da Instituição de Formação deve coordenar a presença das contrapartes da área técnica correspondente e do nível académico mais próximo ao da assistência técnica.

Assim mesmo, as DPS devem velar pelo desenvolvimento de funções da assistência técnica no contexto da formação de quadros técnicos, quer ao interior da escola de saúde assim como nos campos de estágio. A estratégia de “melhor utilização” da assistência técnica nos hospitais terciários ou quaternários de saúde e “apoio” às IF está demonstrada de que não funciona porque os assessores técnicos terminam sendo absorvidos pelas actividades assistenciais e sem tempo para à formação.

Um risco que deverá ser contemplado e abordado com rapidez no primeiro ano de execução do PDRH '05-'10 é a necessidade de fornecer de normas, guias e instrumentos estandardizados de atendimento nas diversas áreas técnicas, para evitar a transmissão de informação/capacitação diversa e até em alguns casos contradictória, considerando que os assessores técnicos procedem de diferentes países e escolas de formação.

Capacidade logística

No último quinquênio a capacidade logística das Instituições de Formação foi fortemente reforçada em termos de capacidade para o desenvolvimento das actividades técnico-lectivas e da ampliação e remodelação dos lares estudantis. Com o apoio das diversas organizações, a cooperação bilateral e o Crédito do Banco Mundial, foi possível a reabilitação, ampliação e/ou construção de novos edifícios para as IF a nível nacional. As reabilitações e ampliações efectuadas melhoraram radicalmente as condições de vida e de estudo. A maioria das reabilitações, novas construções tem sido acompanhadas do apetrechamento de mobiliário respectivo para as salas de aulas, lar estudantil e refeitórios. Os quartos servem para o alojamento de 4 a 6 alunos com boas condições de espaço, estadia e circulação.

As áreas físicas dedicadas para o estudo e recreação do aluno tiveram singular importância no processo de reabilitação: as bibliotecas, laboratórios e salas técnicas foram pontos fulcrais.

Tabela 19. Capacidade Logística das Instituições de Formação

Região	Instituição de Formação	Salas de Aula	Capacidade Salas Aula	Capacidade Internato	Laboratório Multidisciplinar	Sala Técnica	Biblioteca
Norte	ICS Nampula	9	270	150	Em implementação	Implementada	Implementada
	CFS Monapo	1	30	30	Não	Em implementação	Implementada
	CFS Pemba	4	120	72	Não	Em implementação	Implementada
	CFS Montepuez	1	30	24	Não	Não	Em implementação
	CFS Lichinga	2	60	59	Em implementação	Em implementação	Implementada
	Subtotal	17	510	335			
Centro	ICS Beira	10	300	158	Implementado	Em implementação	Implementada
	CFS Nhamatanda	2	60	64	Não	Em implementação	Em implementação
	ICS Quelimane	6	180	87	Não	Em implementação	Implementada
	CFS Mocuba	2	60	60	Não	Implementada	Implementada
	CFS Chimoio	5	150	176	Implementado	Em implementação	Implementada
	CFS Tete	5	150	100	Implementado	Em implementação	Implementada
	Subtotal	30	900	645			
Sul	ICS Maputo	14	350	280	Implementado	Implementada	Implementada
	CFS Chicumbane	3	90	103	Em implementação	Em implementação	Implementada
	CFS Inhambane	4	120	64	Implementado	Em implementação	Implementada
	CFCS Massinga	2	60	12	Não	Não	Em implementação
	CFS Chicouque	2	60	64	Não	Não	Implementada
	Subtotal	25	680	523			
TOTAL		72	2.090	1.503			

CF = Centro de Formação. ICF = Instituto de Ciências de Saúde

O crescimento da capacidade logística da rede de formação permite a formação simultânea de 2.090 estudantes (tabela 19) se for utilizada no 100% da sua capacidade operacional. Mas como reflexo do que acontece a nível da rede sanitária: o crescimento da mesma não está acompanhado do aumento equilibrado da capacidade pedagógica (quantidade e qualidade de docentes, implementação das salas técnicas, etc.).

O apetrechamento bibliográfico e documental, de material e equipamento das Instituições de Formação não tem tido o mesmo sucesso do crescimento e modernização das infraestruturas físicas. As organizações que apoiam directamente o desenvolvimento dos Cursos (UNFPA, UNICEF, Coop. Italiana, DANIDA e Banco Mundial) estão a fornecer livros e textos em português e de acordo com o nível de formação, além de equipamento, modelos e manequins.

Sala Técnica – Laboratório Humanístico

As novas metodologias de ensino do aprendizagem das habilidades técnicas com enfoque humanístico, exige a necessidade de contar com salas técnicas devidamente equipadas com modelos e manequins para a prática das diversas técnicas de exame e atendimento dos pacientes/clientes, de modo que o estudante saiba com destreza as técnicas respectivas antes do abordagem com os utentes das Unidades Sanitárias. O processo de aquisição do material e o treinamento do manejo desta nova metodologia está planificada e em curso para a sua execução ainda no transcurso do presente ano.

Biblioteca

81,3% das bibliotecas das IF (tabela 19) estão implementadas com títulos actualizados em português, e em número de exemplares por título adequado para as turmas a decorrer na Instituição de Formação. O apoio de diversos parceiros, principalmente UNFPA, tem contribuído para deixar atrás o fantasma das prateleiras cheias de livros de conteúdo técnico elevado, de difícil compreensão para o nível de formação, e sobretudo exemplares em diversos idiomas desde inglês até russo. Um levantamento detalhado das necessidades de livros por cada área de formação e aprendizado ainda é necessária. Actualmente o componente de saúde reprodutiva é praticamente o único com bibliografia actualizada.

A deficiência das bibliotecas observa-se ainda na falta de pessoal devidamente treinado para o serviço bibliotecário. Consequentemente verifica-se em algumas Instituições que ainda mantêm-se a metodologia de guardar o maior número de exemplares novos evitando o uso dos mesmos pelos alunos, na hipótese de conservação estes livros. Como resultado o número de livros colocados nas prateleiras não são suficientes para as turmas existentes na escola, e os alunos não possuem a informação da existência de livros em resguardo para a sua requisição.

A metodologia docente de investigação é outro aspecto ligado a utilização e rentabilização do uso da biblioteca, muitos docentes não orientam adequadamente a bibliografia a ser procurada, ou indicam bibliografia não actualizada ou inexistente na biblioteca local como base da investigação.

Veículos para transporte dos alunos

Um dos problemas sérios que as Instituições enfrentam frequentemente é a modalidade de transporte dos alunos. Poucas IF contam com veículos satisfatórios para o transporte dos alunos (minibus), a maioria deve utilizar as carrinhas de caixa aberta não apropriadas para transporte de passageiros para levar os estudantes às sedes de estágio e viceversa, com os riscos inerentes dessa prática. Além da falta de veículos, a interferência da DPS na utilização dos poucos veículos existentes, deixa muita das vezes aos alunos sem condições de deslocação.

Quadro 5. Plano de Desenvolvimento da Infraestrutura Física

	Instituição de Formação	Financiador
Novas Construções	Instituto de Ciências de Saúde de Maputo em Infulene - Maputo	Banco Islâmico de Desenvolvimento
	Instituto de Ciências de Saúde de Quelimane	Agência Japonesa de Cooperação Internacional - JICA
	Centro de Formação de Saúde de Mocimboa da Praia - Cabo Delgado	Banco Africano do Desenvolvimento - 2
	Centro de Formação de Saúde de Cuamba - Niassa	Banco Africano do Desenvolvimento - 2
Ampliações	Internado do Centro de Formação Contínua de Massinga	Training for Health Renewal Programme - CIDA - Canadian International Development Agency
	Anfiteatros, Salas de Uso Múltiple, Salas de Laboratório Humanístico, Salas de Aula nas diversas Instituições de Formação de acordo com as necessidades identificadas	Fundo Comum, JICA, Diversos

A ampliação da rede de formação de saúde contempla a construção de dois grandes instituições de formação em Quelimane e Maputo com apoio financeiro de JICA e BID (Agência Japonesa de Cooperação Internacional e Banco Islâmico de Desenvolvimento). As novas capacidades serão ampliadas para o caso do ICS Quelimane e reduzidas para o ICS Maputo numa percentagem de 20%.

As novas construções estarão em funcionamento no segundo semestre de 2006 para o caso de Zambézia e segundo semestre de 2007 para o caso do ICS Maputo, cuja capacidade actual irá decrescendo a medida que cede espaço para o Instituto Superior de Ciências de Saúde.

Considerando a abertura de três novos cursos superiores por ano nessa Instituição implicará que a capacidade logística para a formação de nível médio irá paulatinamente diminuindo. O número de salas disponíveis do ICSM é de 14, considerando 12 cursos a serem abertos entre 2004 e 2007, o número restante de salas será de 2. As salas destinadas para o ISCISA só poderão ser utilizadas nos períodos de estágio ou no estabelecimento de horários diversos e flexíveis.

O ICSM é o principal formador de técnicos médios no País, se a capacidade de formação ver-se-á afectada pela Instituição Superior, as medidas de crescimento técnico das escolas de saúde que actualmente formam quadros básicos deverão ser aceleradas de modo tal que em breve prazo (dois anos incluindo o presente) 90% das escolas possam formar quadros de nível médio num mínimo de duas carreiras, dependendo dos critérios de especialização e dos campos de estágio.

O ICSM paulatinamente poderá transformar-se na unidade de formação encarregada de formar exclusivamente os quadros especializados, e algumas carreiras de nível médio de necessidade provincial ou regional.

Descentralização da Formação

Na planificação actual da formação, pretende-se a descentralização da mesma de modo tal que num futuro mediato cada Província forme seus próprios quadros, de nível básico principalmente, como exemplo verifica-se a formação de Enfermagem de SMI que actualmente realiza-se em todas as Províncias. Isto implica de que as DPS deverão ter uma maior participação no processo de formação na alternativa de garantir uma adequada qualidade de formação dos seus próprios quadros técnicos, assim como também garantir a coordenação atempada para a absorção do pessoal formado.

A formação de quadros de nível médio deverá obedecer a uma planificação baseada nas necessidades regionais. Na região norte as Instituições de Formação de Nampula e Pemba serão as responsáveis pela formação deste nível para a região. Para as outras regiões, as escolas de saúde formarão quadros médios em determinadas especialidades (Farmácia, Laboratório, etc.), além das carreiras comuns: Enfermagem Geral, Enfermagem de SMI C ou Técnicos de Medicina.

Processo de Formação

O processo de ensino/ aprendizagem possui diversas componentes que vão desde a capacidade técnico-pedagógica dos docentes, qualidade dos programas de formação, capacidade logística da Instituição de Formação até à motivação do aluno. Nesta complexa interrelação, foram já focados aspectos referentes à capacidade pedagógica e logística institucional.

Condições de Ingresso: Recrutamento e Selecção

Em 1996 foram modificados os níveis de ingresso de 7ª Classe para 10ª Classe para os Cursos de Nível Básico, e de 10ª para 12ª Classe para os cursos Médio. Esta mudança trouxe consigo aspectos positivos como:

- ✓ Diminuição do período de estudos de 3.5 para 2.5 anos, no nível médio, e de 3 para 2 anos nos cursos básicos.
- ✓ Concentração da formação na área técnica, tendo sido suprimida a componente do ensino geral.
- ✓ Candidatos com melhor formação de base, embora não fosse idónea, mas substancialmente melhor que a 7ª Classe
- ✓ Diminuição drástica das perdas escolares, principalmente as ocasionadas pelo baixo aproveitamento académico.
- ✓ Diminuição dos custos de formação devido a redução do tempo de formação (estadia dos alunos) e exclusão do bloco do ensino geral (contratação de docentes eventuais das disciplinas gerais).

A “qualidade” dos candidatos melhorou com as medidas tomadas. Contudo, outros problemas se apresentaram. Com o desenvolvimento no País das Instituições de formação superior e centros de trabalho (bancos, empresas), as desistências e anulação da matrícula dos alunos dos Cursos de nível médio aumentaram. Além disto, aumentou a percentagem de candidatos provenientes das cidades que contavam com escolas secundárias, em detrimento dos candidatos da zona rural.

A solução formulada foi a reconsideração do nível de ingresso de 12ª para 10ª Classe, cuja implementação iniciou em 2002. Assim mesmo, na mesma data iniciou-se a estratégia de designação de postos de

recrutamento e concurso local nos distritos onde existem escolas com leccionamento até 10ª Classe com a finalidade de captar candidatos das zonas rurais. Os postos locais facilitam as inscrições de potenciais candidatos sem necessidade de terem que se deslocar duas vezes (inscrição e concurso) para a capital da província como regularmente tem sucedido com os custos inerentes.

Programas de Formação

O Departamento de Formação é responsável pela elaboração dos Programas de Formação ou Currículos. Esta tarefa regularmente deve ser efectuada em coordenação com os Programas Preventivo Promocionais, Assistência Médica, Departamento de Enfermagem, quer dizer os responsáveis directos da definição do perfil profissional dos técnicos de saúde.

No último triénio, as inovações quanto às normas técnicas de atendimento (AIDI, Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente, HIV/SIDA, etc.) obrigaram a realizar uma nova revisão curricular para incluir os novos conceitos e normas. A falta de clareza na responsabilidade e limites de acção em determinadas habilidades técnicas de atendimento nas diversas áreas, e a fraca coordenação dos programas de saúde com o Departamento de Formação, condicionaram a elaboração de programas de formação com certas deficiências.

Um dos temas de polémica constante é a metodologia de inserção do HIV/SIDA nos currículos de formação. O programa de Enfermagem de Saúde Materno Infantil incluiu a componente nas diversas disciplinas da carreira: Microbiologia, Patologia, Enfermagem, Obstetrícia, Neonatologia, Saúde Sexual e Reprodutiva da Comunidade, etc. estabelecendo em cada uma a respectiva abordagem de modo tal que a estudante associará a presença do HIV/SIDA em cada uma das suas futuras funções assistenciais, esta metodologia facilita ao aluno relacionar a teoria com a prática diária. Outra metodologia proposta para os outros cursos é a de incluir uma disciplina específica sobre HIV/SIDA.

O processo de actualização dos currículos de formação deve estar acompanhado dum prévia revisão do perfil profissional, assim sendo a DNS deve definir a participação do pessoal técnico de nível médio (Técnicos de Medicina Geral, Enfermeiras de SMI, etc.) no controlo e seguimento do tratamento antiretroviral dos pacientes seropositivos, conseqüentemente o futuro técnico será treinado nesta área.

Os actuais programas consideram a duração de 18 meses para os cursos básicos, e de 30 meses para o nível médio. O programa de saúde materno infantil de nível básico tem uma duração de 20 meses.

O Regulamento de Ingresso e Avaliação das Instituições de Formação do MISAU, instrumento fundamental do processo de ensino/aprendizagem foi revisto e actualizado no ano 2000 num contexto democrático com a participação do pessoal técnico das diversas Instituições de Formação. Contudo ainda se verificam problemas de interpretação e implementação e requiere de reajustes em determinados artigos que atentam contra o rendimento académico e a qualidade da formação. Um novo processo de revisão está a decorrer o qual deve finalizar o presente ano.

Implementação

O volume de perdas escolares diminuiu até níveis significativos. A média actual das perdas escolares nos cursos de nível médio é equivalente 19.2% com predominio nos cursos iniciais sobre os de promoção. As perdas dos cursos básicos correspondem a 29.7%¹⁰⁴, e os de nível elementar em 17.2%. A avaliação global das perdas escolares indicam uma mudança positiva substancial, embora as cifras actuais dos cursos básicos ainda não sejam totalmente satisfatórias.

A percentagem destas perdas tem variações entre as Instituições de Formação, e entre os Cursos. Por exemplo, o ICS de Quelimane experimentou perdas excessivamente elevadas (66% Enfermagem Básico e 52.3% Enfermagem de SMI, média de 52.3% para os Cursos Básicos no último quinquénio). Critérios errados utilizados na avaliação dos estudantes: “maior reprovação, melhor qualidade”, condicionaram uma gestão

¹⁰⁴ Formação de Pessoal Técnico de Saúde 1998 – Agosto 2002. Plano Nacional e Provinciais de Formação. A. Mendoza 2002

pedagógica deficiente. Diversas acções de remediação foram organizadas pelo DF. A equipa directiva actual tem conseguido diminuir as taxas de perdas escolares para as cifras aceitáveis.

Em relação às perdas por Curso: os cursos básicos de Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materno Infantil apresentam as cifras mais elevadas 36.8% e 41.7%. Embora ainda não tenha sido feito um estudo detalhado sobre a relação de género e as perdas escolares, podemos afirmar que os Cursos com maior componente feminino são os cursos com maior número de perdas.

No caso de Enfermagem de SMI é notório o maior volume de perdas nas Instituições da zona norte do País (ICS Nampula 47.2%, CF Pemba 42.3%, ICS Quelimane 52.3%) sendo referida como causa principal o baixo rendimento académico das alunas. Além dos factores institucionais, a motivação do aluno é um factor importante para o sucesso escolar. Os padrões culturais existentes influem directamente sobre esta motivação: o processo de desenvolvimento sociocultural da mulher é variável dependendo da zona e as suas características socio-antropológicas, condicionando muitas das vezes o abandono escolar passivo (reprovações sucesivas).

Rentabilização dos custos da formação

Acções diversas levadas cabo :

- ✓ Diminuição da duração dos cursos 30 e 18 meses, níveis médio e básico respectivamente.
- ✓ Diminuição das perdas escolares em todos os níveis de formação.
- ✓ Recrutamento local e regional dos alunos.
- ✓ Aumento da capacidade docente efectiva, com uma relativa diminuição de docentes eventuais.

Em conjunto, todas estas acções permitem rentabilizar os custos de formação, embora tenham aumentado os custos de manutenção e serviços das novas e reabilitadas infraestruturas.

A média de custo de formação de um aluno de nível básico está em 2.688 USD e de nível médio em 2.532 USD¹⁰⁵

Estágios

O esforço desenvolvido nas IF para melhorar a qualidade de formação requer do apoio constante das Unidades Sanitárias onde os alunos “aprendem a fazer” e desenvolvem as habilidades técnicas. Embora os alunos sejam inicialmente treinados nas salas técnicas das IF, a consolidação das habilidades dá-se principalmente nos campos de estágio. O 50 a 60% do processo de formação decorre nas Unidades Sanitárias e nestas sedes é que se verificam as maiores dificuldades para a melhoria do processo formativo:

- ✓ A dificuldade mais crítica é a falta de vontade de colaboração do pessoal técnico assistencial das US para o ensino, chegando a extremos de impedir a entrada dos estudantes as Enfermarias ou Consultórios se eles não estiverem acompanhados pelo docente da IF. A proporção do número de docentes para alunos é muito inferior de modo tal que não permite o acompanhamento permanente de todos os estudantes de uma turma em forma simultânea, é necessário que os poucos docentes das IF façam a rotação pelas diversos campos de estágio, conseqüentemente em alguns períodos determinado grupo de alunos ficará sem acompanhamento e nestas situações requer do apoio do assistencial.
- ✓ Em casos numericamente significativos as habilidades técnicas viciosas e atitudes negativas de parte do pessoal assistencial para com os doentes constituem um exemplo prejudicial para o estudante e contraditório com o ensinado na Escola.
- ✓ Não há material suficiente para a realização das habilidades básicas (p.e. termómetros, tensiómetros, etc), regularmente as IF adquirem e entregam aos estudantes o material requerido para que possam desenvolver os estágios em condições mínimas.

É necessário estabelecer uma coordenação¹⁰⁶ mais activa com a Direcção Nacional de Saúde / Departamento de Assistência Médica, Programas de Saúde e Direcções Províncias de Saúde com a finalidade de melhorar

¹⁰⁵ O calculo não inclui o valor das infraestruturas ou equipamentos.

¹⁰⁶ Relatório IV Reunião Nacional de Formação Novembro 2002

as condições de atendimento e logísticas dos campos de estágio as quais indirecta e directamente favorecerão as condições pedagógicas:

- ✓ Colocação de pessoal técnico competente nas US que servem de campos de estágio sem prejuízo das IF.
- ✓ Monitorização mais frequente da qualidade dos serviços prestados.
- ✓ Apetrechamento adequado destas Unidades Sanitárias.
- ✓ Programa de Formação Contínua para o pessoal técnico da Unidade Sanitária

Desenvolvimento do Plano Nacional de Formação

Balanço Anos 2000 – 2004 (figura 9 e 10)

O Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos 1992 – 2002, revisto no segundo quinquênio (1996), definiu as metas de formação nos diversos níveis. Nesta base foram formulados os Planos de Formação dos anos 2000 e 2001, cujos resultados verificaram-se em 2001 e 2002.

Em Janeiro 2000, o MISAU submete o Plano de Formação 2000 – 2004 para integração no Programa do Governo, no contexto do PDRH existente com o predomínio da formação de nível básico para à rede de Atenção Primária de Saúde.

O Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos 2001 - 2010, aprovado no âmbito do PESS em Maio 2001, estabelece a prioridade de formação de técnicos de nível médio para responder as necessidades da epidemia de HIV/SIDA, cuja implementação iniciou a partir de 2002.

Neste contexto, a formação efectuada pela Rede de Formação do MISAU obedeceu as expectativas de cumprir com o Programa de Governo/Sector Saúde e com o Plano Estratégico do Sector Saúde.

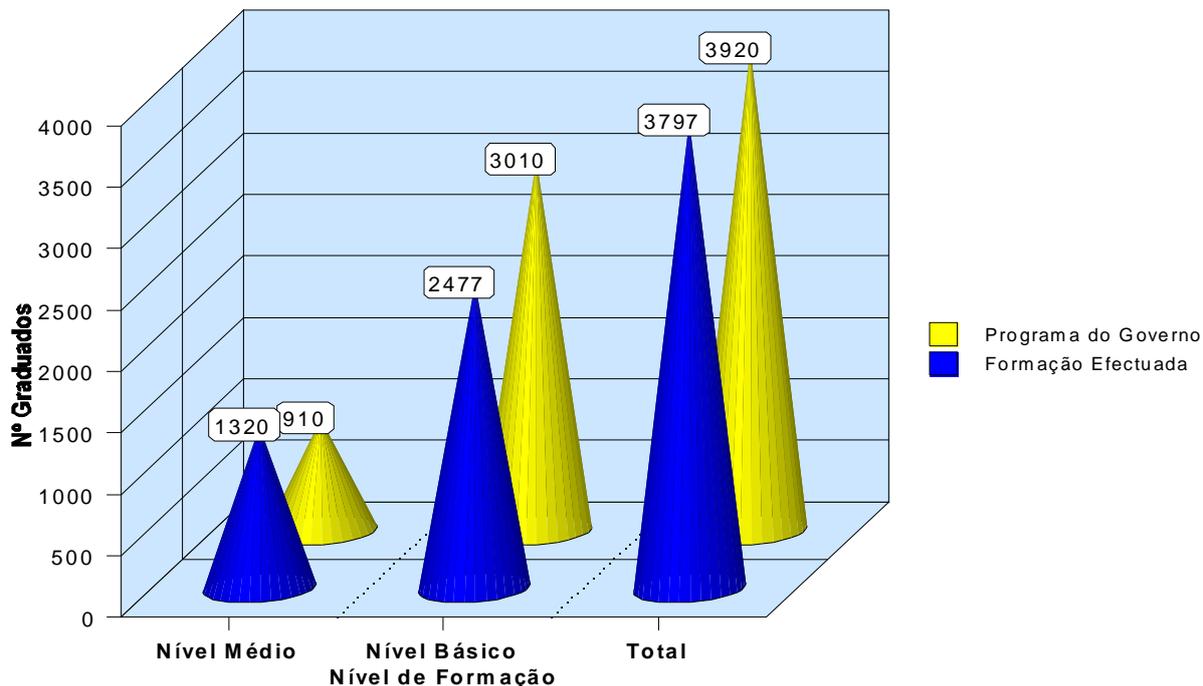
Avaliação Quantitativa da Formação

No Contexto do Programa de Governo 2000 – 2004

- ✓ As metas estabelecidas no Plano de Governo corresponderam à formação de 910 técnicos de nível médio e 3010 técnicos de nível básico por forma a equilibrar as equipas de saúde aos níveis primário e secundário.
- ✓ As metas atingidas foram de 145% para os técnicos de nível médio e 83% para os de nível básico, sendo o total 97% de cumprimento do Plano.

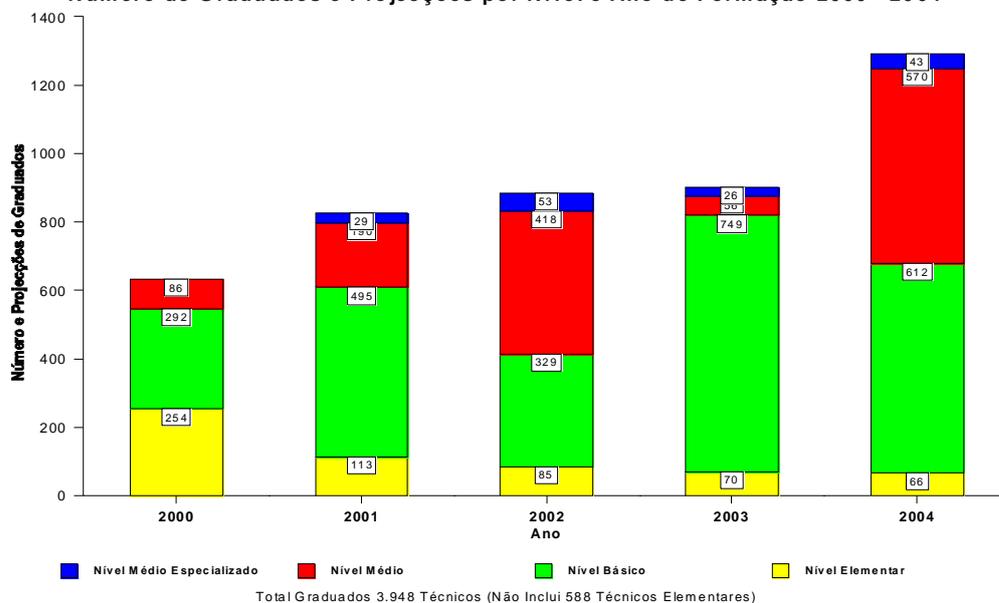
Figura 9.

Balço da Execução do Programa do Governo 2000 - 2004 - Sector Saúde Domínio do Desenvolvimento e Gestão dos Recursos Humanos



N.B. Não inclui 151 graduados de Nível Médio Especializado

Plano Nacional e Planos Provinciais de Formação Número de Graduados e Projecções por Nível e Ano de Formação 2000 - 2004

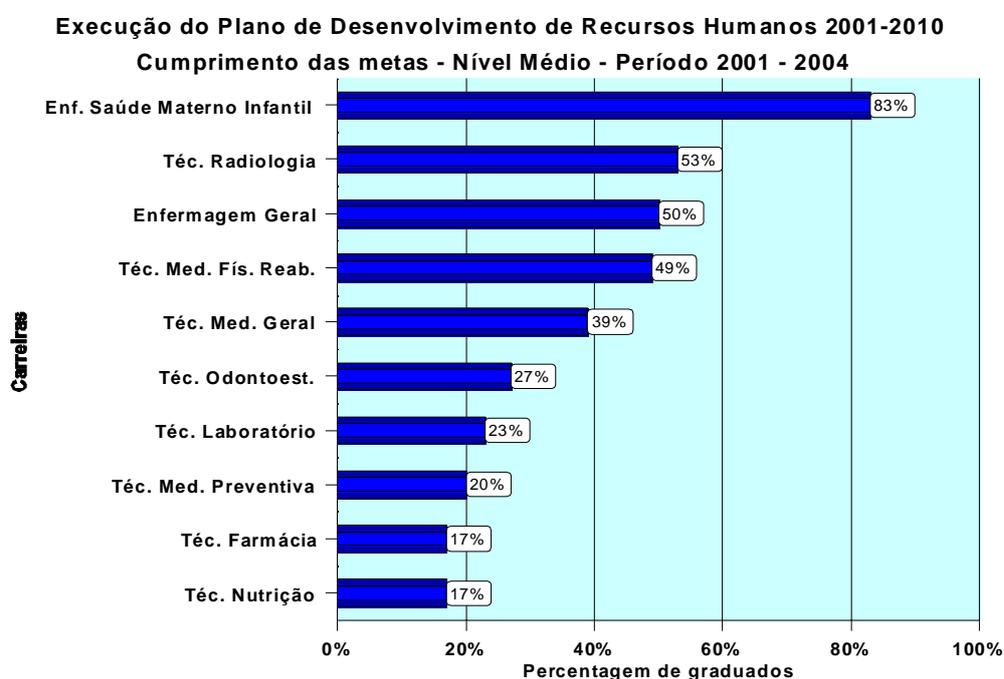


No Contexto do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos '01 – '10

Cursos de Nível Básico

- As metas de formação de técnicos de nível básico serão atingidas na sua totalidade em 2004, com exceção da carreira de Agente de Odontostomatologia que apresentará um déficit significativo.
- O cumprimento de 133.2% do PDRH '01-'10 em 2004 para os cursos de nível básico, cria um “vazio” de planificação dos Cursos deste nível para os restantes seis anos.
- O avanço na formação de nível básico esteve condicionado ao:
 - ✓ cumprimento das metas do PDRH '92 – '02
 - ✓ cumprimento do Programa de Governo – Sector Saúde 2000 - 2004
 - ✓ as necessidades formuladas pelas DPS
 - ✓ a capacidade operacional das IF

Figura 11



Cursos de Nível Médio

A percentagem de cumprimento deste nível corresponderá a 40.6% no fim de 2004, sendo as carreiras com maior margem de realização:

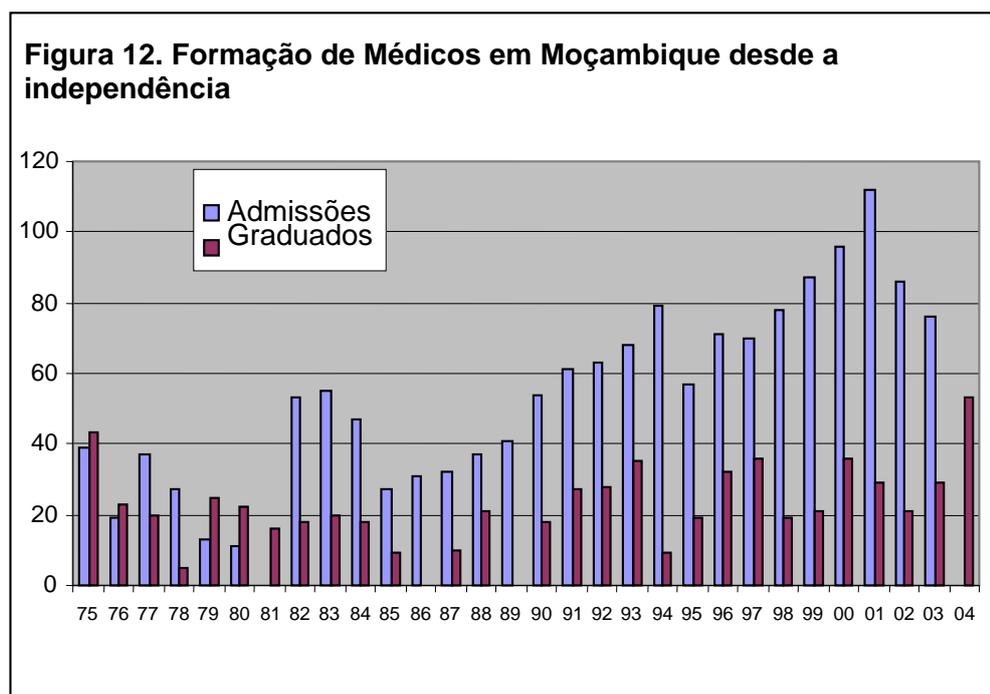
- ✓ Enfermagem de Saúde Materno Infantil
- ✓ Técnicos de Radiologia
- ✓ Enfermagem Geral
- ✓ Técnicos de Medicina Física e Reabilitação
- ✓ Técnicos de Medicina Geral

Formação de médicos e de especialistas

A Universidade Eduardo Mondlane (UEM) é o único instituto universitário estatal que forma médicos, estando constituída em Instituição Pública Autónoma. Entre 1975 e 2003, foram graduados pela UEM apenas 609 médicos (com uma taxa de perdas de 60%, figura 12). Provavelmente, uma centena mais foi graduada em outros países, principalmente Cuba. As taxas de perdas foram bastante elevadas, assim como os custos unitários por médico formado. Isto foi imputado à fraca qualidade do ensino pré-universitário, falta de manuais e bibliografia, seguimento insuficiente por parte dos tutores da UEM e falta de apoio financeiro. Os estudantes manifestaram-se também insatisfeitos com a qualidade do ensino e a carga horária das aulas.¹⁰⁷

Está a ser promovida, actualmente, uma reforma curricular, assim como a contratação de novos docentes expatriados. Estima-se que o número de graduados crescerá sensivelmente nos próximos anos, devido ao aumento dos estudantes na própria UEM e, a partir de 2008, dos médicos que irão sair da Universidade Católica da Beira. Uma média de 50-60 médicos por ano poderá, portanto, sair das instituições universitárias nacionais entre 2004 e 2007, e o número poderá rondar os 100 nos últimos anos da década.

Entre 1991 e 2002 foram graduados 87 médicos especialistas Moçambicanos, a uma média de 7 por ano. Em 2003 foram formados mais 21 especialistas, e a tendência geral para o aumento será mantida; assim, o número de especialistas nacionais está crescendo, não obstante a escassez de médicos generalistas recém-graduados e no País só ser possível a a pós-graduação em especializações básicas.



Fonte: UEM

Outras formações superiores de âmbito da Saúde

O Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA) é uma escola de formação para quadros superiores aberta recentemente, em regime de dupla subordinação ao MISAU e ao Ministério de Ensino Superior de Ciências e Tecnologias, para o biênio inicial 2004-05. Em seguida, será transformada numa Instituição Pública Autónoma no modelo da UEM. Numa primeira fase está prevista a abertura de cursos de Laboratório,

¹⁰⁷ Sousa Jr F, Schwalbach J, Adam Y, Gonçalves L, Ferrinho P 2004. The training and expectations of medical students in Mozambique. In preparation for publication. Quoted in Ferrinho P, Omar C 2004.

Enfermagem, Técnicos de Cirurgia, Administração Hospitalar e Técnicos de Pediatria. Poderão ingressar tanto profissionais de saúde de nível médio, como estudantes provenientes do ensino geral.

Duas escolas públicas dependentes do MAE, o Instituto Médio de Administração Pública (IMAP) e o Instituto Superior de Administração Pública (ISAP), estão destinadas a formar os quadros para o Aparelho do Estado, inclusive para o MISAU.

O Instituto de Ciências e Tecnologias de Moçambique (ISCTEM) forma técnicos superiores nas áreas de odontoestomatologia e de farmácia, em boa parte para o sector privado, ao ritmo de cerca 20 novos profissionais por ano.

O ISPU está a formar cerca de 30 técnicos superiores em administração, num curso financiado pelo MISAU que interessa aos funcionários de nível médio do próprio ministério. Este curso passará posteriormente para a responsabilidade do ISCISA.

A criação do ISCISA constitui o maior esforço para dotar o País de quadros de nível superior no Sector Saúde, fora do âmbito médico. Estes cursos, em parte, vêm ao encontro dos desejos de promoção dos técnicos de algumas áreas específicas (por ex. os de SMI), que, assim, poderão auferir um melhor tratamento salarial. Em positivo, contudo, licenciaturas em SMI, cirurgia ou pediatria, não tendo equivalentes fora do País, evitam a perda de técnicos superiores por emigração.

Por fim, existem algumas iniciativas de formação privada para carreiras de saúde de nível profissional básico e médio, que poderão concretizar-se nos próximos anos. Desta forma, a capacidade global do sistema de formação poderá aumentar (com um *output* de 110-180 graduados por ano), e esquemas de contratação fora do sistema (*contracting out*) poderão ser implementados também pelo sector da formação.

Cursos de Promoção para profissionais de saúde

A exigência dos quadros técnicos de crescer profissionalmente e economicamente dentro das suas carreiras está garantida pelos cursos de promoção. Contudo, a falta de um sistema apropriado de créditos relativamente à formação anterior, e os problemas de equivalência escolar, criam um desperdício de recursos, tanto em termos de custos directos de formação, como de necessidade de substituir o técnico no posto de trabalho deixado a descoberto (quadro 6).

Quadro 6.

D.C. foi treinado como Enfermeiro Geral (nível médio, 3 anos de curso) e especializou-se em formação (1,5 anos). Profissional competente, recebeu maiores responsabilidades e, com o apoio dos superiores, conseguiu entrar num curso superior de enfermagem (5 anos de duração), que completará em 2008.

M.L. foi formado como Agente de Medicina (nível básico, 2 anos); elemento dinâmico, com 27 anos foi promovido a Técnico de Medicina (curso de promoção de 2,5 anos). Depois de 5 anos de trabalho, ingressou na UEM e está agora (2004) completando a Faculdade de Medicina (7 anos).

Para chegar à licenciatura, D.C. precisará assim de 9,5 anos, e M.L. de 11,5 anos de ensino profissional. Até ao momento da licenciatura, terão passado mais tempo a ser formados do que a trabalhar.

Gestão do pessoal e Assistência Técnica

Administração e Planificação

O pessoal de saúde é parte integrante do Quadro do Aparelho do Estado (AdE). Após a sua formação, o quadro técnico necessita de diferentes trâmites para ser nomeado, que envolvem o nível central e o provincial e diferentes entidades internas e externas ao MISAU (externas: Direcção Provincial de Apoio e Controlo, Gabinete do Governador, Direcção Provincial de Plano e Finanças, Tribunal Administrativo) com mais de 10 estações de trânsito do expediente, e a possibilidade de bloqueios em cada etapa (anexo). O processo de nomeação dos técnicos de nível elementar, básico e médio é de competência das DPSs; os quadros superiores são nomeados pelo nível central.

Esta situação, complicada pelas frequentes faltas de verba, tem provocado demoras, e até a perda definitiva de pessoal já formado. A partir de 2003, houve maior empenho para resolver o problema, mesmo na impossibilidade de modificar a normativa existente. Aumentou o pessoal administrativo da DRH. As IFs foram envolvidas de forma a preparar a documentação relativa a cada estudante antes do fim dos cursos de formação. Os graduados nas IFs, logo após terem acabado o curso, recebem as guias para o local de colocação. O aumento das nomeações que ocorreu nos últimos anos foi também devido à maior flexibilidade nos procedimentos do expediente por parte das Direcções Provinciais de Plano e Finanças (DPPFs). A situação quanto ao trâmite do expediente é agora mais satisfatória.¹⁰⁸ Por sua vez, desde 2004, a entrada em vigor do Fundo PROSAÚDE garantiu uma contratação mais rápida do pessoal saído das IFs que ficava fora do sistema devido aos nós de estrangulamento burocrático-financeiros.

A distribuição do pessoal recém-graduado *entre as províncias* é feita, em geral, pelo nível central, com critérios “incrementalistas”, aumentando o orçamento para as despesas com o pessoal na mesma proporção, com pouca atenção para as desigualdades e necessidades específicas de cada província.

A *colocação do pessoal nos distritos* é feita pelos Departamentos Provinciais de Recursos Humanos (DPRHs) com soluções *ad hoc*, procurando substituir os técnicos que saem por transferência, aposentação ou outro.¹⁰⁹ O sector Materno-Infantil é considerado prioritário.¹¹⁰ Não há uso da informação relativa à carga de trabalho, nem do Diploma Ministerial quanto a “equipas-tipo” por nível de US (a reclassificação das US conforme o DM 127/2002 está em curso).

A *gestão administrativa* do pessoal nomeado é feita nas DPSs. O sistema ainda não está bem organizado nas DDSs, o que provoca atrasos e erros nas informações das DPSs, em particular no que se refere às colocações e aposentações¹¹¹.

A situação relativa à fixação das pensões e aposentação do pessoal depende dos próprios técnicos de saúde (que devem preparar a documentação necessária) e da DPPF. O problema no que diz respeito aos funcionários do SNS pode ser devido à ignorância relativamente à legislação do trabalho (particularmente entre os quadros com formação mais baixa e o pessoal serventuário) e ao desejo, por razões sociais e outras, de se manter no activo. A situação necessita de uma intervenção urgente, porque o número dos em idade de reforma aumentará nos próximos anos.

Por fim, os trabalhadores mal conhecem as suas obrigações e direitos, em termos de legislação do trabalho, e a situação piora para os colocados na periferia do sistema.¹¹² Como forma de solucionar o problema, em

¹⁰⁸ Entrevista a A. Manjate, Chefe do DPRH, 20/09/04.

¹⁰⁹ DPS-DRH Sofala, Julho 2004

¹¹⁰ DPS-DRH Gaza, Setembro 2004

¹¹¹ DPS-DRH Nampula, Setembro 2004

algumas províncias, foi distribuído um panfleto contendo “os direitos e deveres” com explicações sobre os procedimentos ligados ao processo de nomeação e pagamento salarial.

Informação

A base de dados do sistema de informação do pessoal (SIP), sob responsabilidade e gestão do MAE, é o sistema “oficial” de informação dos quadros do AdE. Infelizmente, não reflecte, por defeito, a realidade da força de trabalho.¹¹³ “*O maior problema é a falta de ligação com as folhas salariais geridas pelo MPF. Os dois sistemas não se comunicam. A introdução dos dados no SIP não é um pré-requisito para a entrada no sistema de pagamentos. Até que se preencha esta condição, o SIP estará sempre ultrapassado... há pelo menos 10.000 funcionários (do Aparelho do Estado) que não figuram no SIP, porque os ministérios não enviaram os dados respectivos...*”¹¹⁴ sendo a discrepância entre os salários e bónus totais calculados com base no SIP e o orçamento em salários do MPF em 2003 de 130 milhões de USD. Para usar o SIP como instrumento de gestão do pessoal, deveria haver na própria base de dados um campo para a US ou outro sector onde o funcionário estiver colocado.¹¹⁵ Na realidade o SIP, tendo a finalidade de abranger sinteticamente o sistema público inteiro, não é muito flexível para incluir campos para informações que interessem um ou outro ministério em particular.

O sistema de informação para pagamento de salários, usado pelo MPF, baseia-se nas folhas de efectividade. Myers argumenta que não é utilizável porque falta consolidação central, porque a distinção entre o pessoal de quadro e o pessoal contratado não está clara e porque a informação das províncias geralmente não está disponível em formato electrónico. O mesmo MPF teria tido em 2003 grandes dificuldades em obter as séries de dados de cada província de forma a conhecer o número de funcionários pagos.

Assistência Técnica (AT) aos Órgãos Centrais¹¹⁶

Não obstante as queixas sobre a capacidade inadequada e os pedidos frequentes para empregar mais técnicos com formação superior, é um facto que as competências técnicas agregadas no MISAU aumentaram dramaticamente nos últimos anos.¹¹⁷ Nos OCs, os quadros nacionais licenciados (muitos com qualificações internacionais) aumentaram três vezes na década de '90 e os técnicos médios afectos ao mesmo nível duplicaram. Assessores e consultores, nacionais e expatriados, aumentaram ainda mais.¹¹⁸

Podem ser evidenciadas três grandes categorias de AT nos OCs: 1) a AT “pura” refere-se aos que executam tarefas para as quais não há suficientes competências internas, sendo contratados por períodos limitados, geralmente como consultores “independentes”, para preparar documentos programáticos ou avaliações. 2) Os “assessores”, que, em princípio, apoiam os dirigentes, com pareceres elaborados para a tomada de decisões, desenvolvendo inquéritos *ad hoc*, levantando problemáticas, fundamentando, substanciando as decisões e

¹¹² DPS-DRH Nampula, Setembro 2004

¹¹³ Em Nampula, o responsável queixou-se que o sistema “foi instituído apressadamente” e que “não houve seguimento pelo MAE”. Haveria também problemas internos: “O Arquivo e Cadastro deveriam alimentar os dados do SIP mas não têm pessoal suficiente.”

¹¹⁴ Myers, cit.

¹¹⁵ A qualidade pode ser muito melhorada utilizando critérios de uniformidade na definição das várias carreiras e categorias (por ex.: Ag. de Med. Ag. de Medicina, Ag. Med. Curativa., Agentes de Medicina Geral etc.), evitando confusão na introdução dos dados (por ex. encontram-se na mesma “categoria”, ou definições de “carreiras”, “Centros de Saúde” em outros “distritos”). A nova reclassificação das USs feitas pela DPPC (DM 127/2002) deveria também ser introduzida, para permitir comparações entre pessoal colocado em diferentes níveis de USs. Isto pode ser feito aumentando uma coluna na folha com a lista dos funcionários.

¹¹⁶ Consideramos apropriado classificar como AT nos OCs só os profissionais de formação superior pagos em USD, excluindo o pessoal contratado no MISAU, com fundos externos por falta de cabimento orçamental. As tabelas foram elaboradas a partir do data-base do inquérito citado.

¹¹⁷ Ferrinho P, Omar C., The Human Resources for Health Situation in Mozambique Final Report May 2004. (Unpublished). Maputo Moçambique.

¹¹⁸ Pavignani E, Sjölander S, Aarnes D 2002 Moving On-Budget in the Health Sector of Mozambique: Requirements, Features and Implications of Future Aid Management and Financing Mechanisms.

segundo a sua implementação. 3) Os gestores de programas e projectos, financiados por agências de cooperação e realizados juntamente com o MISAU. Frequentemente há combinação das áreas funcionais, conforme as oportunidades e as exigências dos pagadores. De acordo com uma recente consultoria, “... a maioria da AT é de substituição, preenchendo lugares que o Quadro de Pessoal não comporta”, faltando ao MISAU a capacidade para geri-la e aproveitá-la da forma mais eficiente.¹¹⁹

Tabela 20 e 21. AT por fonte de financiamento e proveniência (só pessoal licenciado, 2004)

Financiador	nacionais	estrangeiros	tot
PROSAUDE	17	10	27
USAID/CDC*	12	15	27
Países da UE**	6	8	14
FNUAP	2	3	5
UNICEF, OMS	2	1	3
Banco Mundial	3	0	3
OE	0	2	2
OPEC	1	1	2
CIDA (Canada)	1	0	1
<i>total</i>	<i>44</i>	<i>40</i>	<i>84</i>

Proveniência	No	salário USD - min-max	s/inf.
Moçambicanos	44	250-4500	14
Estrangeiros	40	2500-7000	25
<i>Total</i>	<i>84</i>	<i>250-700)</i>	<i>39</i>

NB. Informação salarial disponível só para 30 Moçambicanos e 15 estrangeiros

* inclui ONGs USA. ** UE, Itália, Bélgica, Espanha, Dinamarca, Finlândia

A maioria da AT é contratada por concurso, em Moçambique ou nos Países financiadores; neste último caso, em geral, este mantém o controlo do mecanismo de selecção.

A AT acreditada no MISAU é contratada, em mais de 50% dos casos por financiadores bilaterais (tabela 20), em 33% autonomamente pelo MISAU (geralmente através do PROSAÚDE) e a restante por agências multilaterais. Os técnicos estrangeiros são 48% (tabela 21). Destes, 52% trabalha na DNS, 30% na DPC e 10% na DAG (tabela 22). A AT a nível central é composta sobretudo por especialistas em saúde pública, economia, gestão ou áreas afins (tabela 23). Mesmo os que provêm de outras especialidades ocupam-se geralmente de gestão.

Tabelas 22 e 23. Assistência Técnica aos OC por Direcção e por Área (só pessoal licenciado, 2004)

Direcção	No
DNS	44
DPC	25
DRH	4
DAG	8
outro	3
<i>total</i>	<i>84</i>

N.B. dados do início do ano. Não estão incluídos os assessores da DAG pagos Pela KPNG

Área	No
Saúde pública	20
Economia e finanças	13
Gestão, contabilidade, administração, informação	12
Arquitectura e engenharia	6
Informática, estatística	6
Biologia e bioquímica	6
Psicologia e sociologia	6
Medicina, especialidades médicas	4
Farmácia	3
Outro	8
<i>Total</i>	<i>84</i>

¹¹⁹ Soares MC Assistência Técnica no Ministério da Saúde, relatório da consultoria, Set. 2004. MISAU Noruega: “as formas de recrutamento em vigor são aceites pelas partes embora se verifique a necessidade de maior intervenção do MISAU na identificação das necessidades e definição dos ToR, de uniformização de critérios de contratação e de maior atenção aos perfis de algum pessoal contratado que devem adequar-se melhor à resolução dos problemas concretos”. “não há capacidade nem mecanismos de integração, de acompanhamento e de avaliação. A identificação das necessidades parece não resultar duma análise aprofundada dos planos de trabalho, das competências existentes e das necessidades de recursos humanos para implementar esse plano. Existem ainda vários programas e projectos com AT específica que funcionam quase de forma independente.”

Discussão

A finalidade declarada da AT é melhorar as competências de gestão dos OCs, assistindo o MISAU com a elaboração de planos e estratégias apropriados. Todavia, o aumento da AT não está correspondendo a uma melhoria proporcional das capacidades de gestão do MISAU.¹²⁰ Algumas razões podem ser individuadas nos longos atrasos entre o acordo e a operacionalização dos programas de AT nos Órgãos Centrais (OCs) financiados pela cooperação, e à chegada de outras iniciativas, com consequentes sobreposições de Termos de Referências entre os assessores; em outros casos, pode haver problemas com as capacidades específicas dos mesmos e a sua integração cultural e linguística. Portanto, seria oportuno que a análise funcional das competências em cada sector estivesse acompanhada por uma inspecção sobre as actividades da AT. Desta forma, poder-se-ia detectar seja os sectores de trabalho com excesso (ou falta) de apoio técnico, seja a produtividade e o custo-eficácia de cada elemento utilizado. É provável que uma racionalização do sector comportaria a recolocação e a demissão de uma parte dos técnicos interessados.¹²¹ Contudo, pelos delicados factores de geometria internacional envolvidos no assunto, um exercício deste género não seria facilmente realizável.

A política do SWAp, que tem aumentado o papel dos OCs na gestão financeira e programática, e tem implicado a perda de controlo directo sobre os financiamentos por parte das agências de cooperação, levou a concentrar mais AT e assessores a nível do MISAU. Países que não actuam no SWAp sentem também a necessidade de colocar no MISAU a própria AT. A AT a nível central responde também à exigência, por parte das agências doadoras, de dispor de *insiders*, para assegurar que os fundos sejam utilizados para as actividades previstas. Outros objectivos, não declarados, são “*influenciar as escolhas estratégicas do MISAU*”, “*ter informações de primeira mão de forma a adaptar as próprias escolhas no âmbito da cooperação*”, “*promover a imagem da própria organização*”, “*promover ligações de confiança com os responsáveis do MISAU*”.¹²²

A AT paga directamente pelo PROSAÚDE sofre muito menos destes condicionalismos. Contudo, mesmo a AT que recebe fundos directamente pelas agências bilaterais é geralmente bem recebida, por razões diplomáticas e porque, nos casos em que não for muito eficaz, é sempre considerada um valor acrescentado a outras formas de financiamentos. Em relação aos nacionais, os que auferem as melhores condições salariais são, em alguns casos, funcionários não médicos, que encontrariam facilmente boas remunerações no sector privado¹²³. Entre os médicos, uma remuneração salarial em USD pode ser considerada um estímulo para manter funções na saúde pública, em vez de seguir uma carreira clínica, que ofereceria boas potencialidades económicas.

A AT reflecte tanto a carência do MISAU em quadros experientes na área de gestão, economia e planificação, como a dependência financeira em fontes externas ao OE. A evolução da cooperação e das suas formas determinarão o futuro padrão da AT. A melhoria da capacidade de gestão da AT, advocada, correctamente, por uma recente consultoria¹²⁴, dependeria, em boa parte, de colocar mais quadros com competências de gestão do pessoal no MISAU, os quais, devendo ser contratados para tal, aumentariam ainda mais a AT. A expansão do SWAp deveria, a longo prazo, aumentar a quota de AT controlada directamente pelo MISAU; ao mesmo tempo, o renovado interesse no sector privado não lucrativo, a importância crescente de outros parceiros interessados em manter um perfil independente, continuarão a suportar uma AT ‘externa’ ao MISAU.

¹²⁰ Ferrinho P., Omar C. The Human Resources for Health Situation in Mozambique Final Report May 2004. WB Maputo Moçambique.

¹²¹ Ferrinho P., Omar C. The Human Resources for Health Situation in Mozambique Cit.

¹²² Informações confidenciais, recolhidas entre 5 assessores anónimos no MISAU.

¹²³ Reforma Salarial (VIII Reunião do CIRESF) UTRESF, Maputo, Outubro 2002. A CIRESF é o órgão interministerial deputado à apresentação ao Parlamento das propostas de Reforma do Sector Público.

¹²⁴ Soares MC Assistência Técnica no Ministério da Saúde, relatório da consultoria, Set. 2004. MISAU/Noruega:

Assistência Técnica aos Hospitais: os médicos especialistas

Introdução. Após a independência em 1975, a repatriação dos quadros superiores, ligados ao regime colonial, deixou o MISAU com a urgente necessidade de procurar médicos especialistas para os hospitais de referência. Em 1972 havia 289 médicos em Moçambique;¹²⁵ em 1976 tinham ficado cerca de 60 em todo o País.¹²⁶ A solução foi encontrada através do apoio dos Países então socialistas. Uma nova crise ocorreu depois de 1990, com o colapso económico do bloco socialista. A situação melhorou em 1996, com a activação de um *pooling* (Suíça, Países Baixos, Noruega), apoiado pela UNDP na parte administrativa, que garantiu o salário para os profissionais mais experientes e melhor integrados; mecanismo, este, que funcionou com sucesso.¹²⁷ Entretanto, os especialistas nacionais aumentavam lentamente em número, mas continuavam insuficientes frente às necessidades do sistema público. Quase todos eles trabalhavam em Maputo. Para encorajar a sua colocação nas províncias, foi preparado um esquema salarial, com o apoio da SDC (*“topping up”*), que permitia aos especialistas nacionais colocados nas províncias auferir o mesmo salário, em paridade de qualificação, dos expatriados contratados pelo *pooling*. Em Março 2000, os doadores retiraram o seu apoio ao *pooling*,¹²⁸ e os médicos contratados por este esquema, então cerca de 50, passaram a receber pelo OE.¹²⁹ No mesmo período, a cooperação bilateral (particularmente com Cuba) continuava mantendo um papel importante. Em 1999, de um total de 406 médicos com tarefas clínicas, 204 eram estrangeiros, com contratos de diferente tipo.⁴ Esta situação tem-se mantido, até ao momento.

Há uma forte concentração de especialistas em Maputo, onde a maioria trabalha no HCM (tabela 24 e 25 e figura 13). Boa parte deles estão ocupados a tempo parcial no sector privado. Fora da capital os lugares continuam preenchidos maioritariamente por especialistas estrangeiros. Quase todos os 23 nacionais fora da capital (Fevereiro 2004) beneficiam do *topping up*. Os dados sobre as actividades dos hospitais aparentam diferenças notáveis quanto a cargas de trabalho por médico (tabela 26).¹³⁰

Tabela 24. Distribuição de médicos especialistas, por região, Fevereiro 2004

Províncias	Especialistas	% da população
Cidade de Maputo	173	7,6
Outras Províncias do Sul	20	18,6
Províncias do Centro	54	20,8
Províncias do Norte	51	53,6
Total	298	100,0

Tabela 25. Médicos na Capital e no resto do País, Fevereiro 2004.

Províncias	Estrangeiros		Nacionais		Total
	Especialistas	Clínica geral	Especialistas	Clínica geral	
Maputo	96	5	77	136	314
Fora de Maputo	102	19	23	181	325
Total	198	24	100	317	639

¹²⁵ Anuário Estatístico, citado por “Gulube L, Organização da Rede Sanitária Colonial no Sul do Save (1960-1974), Promédia, Maputo 2003.

¹²⁶ Anuário Estatístico, MOH, Maputo, Moçambique, 1976

¹²⁷ Mecanismo de gestão da Assistência Técnica no Sector Saúde (Pooling Agreement for Technical Assistance – PATA) Relatório de Consultoria. Unpublished Report MOH. Maputo, June 2000.

¹²⁸ Pavignani E, Volker H, Pooling of Technical Assistance in the Context of AID Management Reform. The Mozambique Case Study, Maputo, Moçambique, ECDPM European Centre for Development Policy Management, Maastricht, October 2001.

¹²⁹ O fim do *pooling* foi devido, conforme um estudo, “a problemas de comunicação entre MISAU e financiadores, falta de consenso entre os doadores, insuficiente coordenação dentro do MISAU, confusão a cerca do papel das partes envolvidas e expectativas não realísticas relativamente á possibilidade de substituir os especialistas expatriados com nacionais”.⁴

¹³⁰ Vio F. O pessoal médico em Moçambique. Situação e perspectivas. Análise preliminar com base nos dados existentes. Ministry of Health, Moçambique, Maputo, May 2004. unpublished Report.

Figura 13. Habitantes por Província por Médico (2003)¹³¹

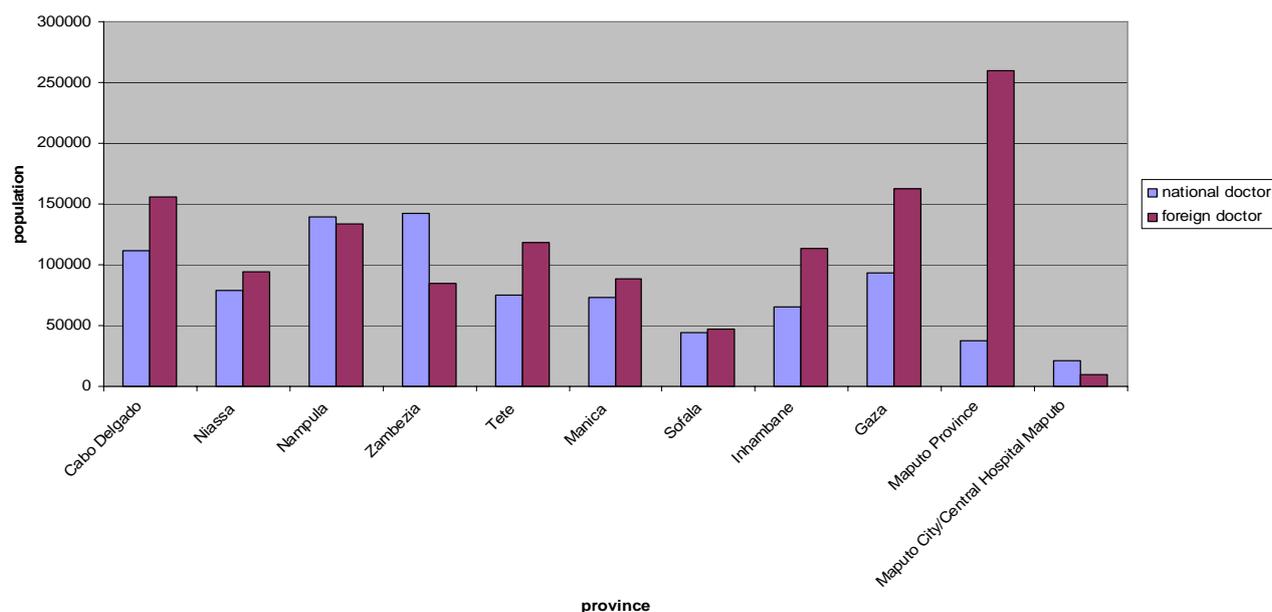


Tabela 26. Carga de trabalho por médico em 1998 e 2003, nos 10 HCs e HPs

Hospital	Camas por médico		UAs por médico		DCOs por médico		Partos por ginecologista	
	1998	2003	1998	2003	1999	2003	1999	2003
HP Lichinga	17	17	34.832	62.544	3.331	5.809	2.671	3.712
HP Pemba	22	19	51.841	48.385	5.170	4.472	1.046	1.793
HC Nampula	18	10	54.667	45.117	5.232	4.180	1.192	4.049
HP Quelimane	21	22	80.941	59.294	8.221	5.986	628	936
HP Tete	22	23	70.346	63.757	6.733	5.976	2.471	3.241
HP Chimoio	26	25	74.214	79.745	7.385	7.850	3.404	2.248
HC Beira	17	15	36.197	46.769	3.661	4.799	975	1.723
HP Inhambane	20	23	39.238	60.799	3.741	5.350	1.999	2.134
HP Xai-Xai	14	28	43.482	102.364	4.061	9.553	2.990	3.004
HC Maputo	8	6	23.244	17.173	2.214	1.740	1.431	829
<i>Total</i>	13	11	36.169	33.730	3.519	3.307	1.467	1.138

Fonte: DAM e SIS, 2004. DCOs = Dias de Cama Ocupada.

A tabela 27 mostra os médicos especialistas em 2003, por nível de atendimento. O HCM é considerado separadamente; em Fevereiro 2004 havia 18 especialistas em US de nível secundário ou primário, a maioria afectos aos HGs de Maputo.

Tabela 27. Médicos especialistas por nível de atendimento, 2003 Fonte: DAM

Nível	N	%
HCM	143	48
HC Beira & Nampula	60	20
HP	56	19
HG e outro	18	6
DPS e sem informação	21	7
Total	298	100

¹³¹ Ferrinho P, Omar C., The Human Resources for Health Situation in Mozambique Final Report May 2004. (Unpublished). Maputo Mozambique.

Quadro 7. Mecanismos de contratação de médicos especialistas

“Ex-Pooling” ou “PATA”, agora “PROSAÚDE”

A partir de 2004, os especialistas inicialmente pagos pelo *pooling* e em seguida, pelo OE, então em número de 31, passaram a ser pagos através do PROSAÚDE. Este grupo de médicos está caracterizado pela longa experiência profissional e a boa integração no País.

Nos últimos meses, 6 especialistas Cubanos contratados para reforçar o quadro docente da Faculdade de Medicina, e 10 generalistas contratados para melhorar a assistência médica nos distritos rurais, passaram a auferir também pelo PROSAÚDE. O mesmo aconteceu com 10 médicos especialistas provenientes da Índia. O total disponível no PROSAÚDE, para 2004, é de USD 1.479.900. A figura 14 mostra o crescimento das despesas com o “*ex-pooling*”

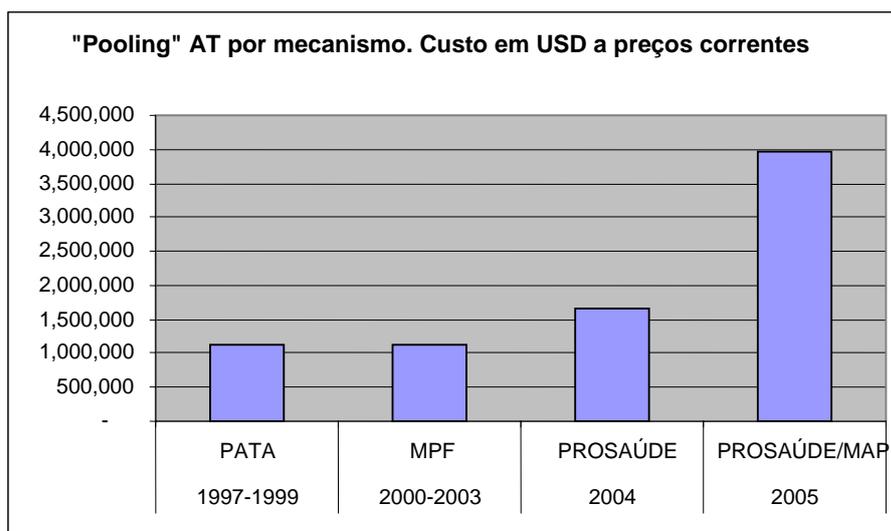


Figura 14. Fonte CDMPF 2005-2007. Disponibilidade de fundos, compromissos e espaços para manobra. DPC, Outubro 2004.

Topping up

O *topping up* (realizado desde 1997) permite ao SNS dispor de especialistas nacionais em todos os hospitais de referência, com a tarefa de velar pela aplicação das normas e procedimentos terapêuticos nacionais, coordenar, supervisionar e ensinar. O PROSAÚDE substituiu em 2004 a SDC como fonte dos fundos. Através deste esquema, os médicos nacionais poderão gradualmente substituir os estrangeiros em todos os hospitais de referência. Até 2002, o número de médicos que beneficiavam do *topping up* ficou entre as 11 e 15, não estando então preenchidas nem todas as vagas disponíveis. Actualmente (Outubro/04) há cerca de 25 médicos pagos pelo *topping up* (o orçamento em 2004 é de USD 669.240) Prevê-se que, com o aumento da formação de novos especialistas nacionais, mais postos poderão ser ocupados nas províncias com a ajuda deste mecanismo.

Acordos bilaterais (ABs)

Os acordos bilaterais têm a vantagem de ter custos de transacção inferiores quando comparados com os contratos individuais. A tarefa do MISAU é identificar as necessidades em termos de especialidades e vagas a nível nacional. Os hospitais que recebem estes especialistas não jogam nenhuma parte activa no processo de contratação. O mecanismo, altamente centralizado, traz poupanças, mas não estimula as USs a capacitar-se em gestão e planificação, o que seria desejável no quadro do processo de reforma e descentralização. Como em outros Países da região,¹²³ a maior parte dos médicos contratados através de acordos bilaterais vêm de Cuba (cerca de 90), graças à tradicional amizade entre este País e Moçambique. O MISAU está procurando diversificar a proveniência dos médicos e,

desde 2004, começou a contratar médicos da Índia.

Contratos Individuais

Há médicos contratados individualmente que provêm de outros países em desenvolvimento, de Portugal, que são esposos/as de outros cooperantes ou que são religiosas/os ou que terminaram o seu primeiro contrato ao abrigo de ABs. Alguns médicos auferem o salário em USD, embora a níveis inferiores em relação ao dos *pooling* e *topping up* (modelo B). Outros são pagos aos mesmos níveis previstos para os funcionários do AdE, na mesma categoria (modelo E).

Uma situação de “hosmose” desenvolveu-se entre as diferentes categorias contratuais dos especialistas. Parte dos contratados ao abrigo de ABs continuam no País com acordos individuais, utilizando os diferentes esquemas salariais existentes (*modelo E, B, ex-pooling*), outros entraram no circuito privado. O PROSAÚDE, inicialmente incumbido de substituir o OE para os médicos “*ex-pooling*,” serve agora também para o pagamento de salários de médicos contratados através de ABs. Por fim, a partir de um processo de selecção/adaptação entre os médicos especialistas expatriados, resultou um grupo de residentes de longa duração, culturalmente e socialmente integrados no País.

A tabela 28 compara o custo de cada tipo de contrato. Os custos administrativos são maiores para os contratos individuais. Contudo, habitação e viagens têm custos maiores para os médicos contratados através de acordos bilaterais.

Tabela 28. Médicos especialistas contratados pelo MISAU, Fevereiro 2004.

Contrato	N	Salário médio mensal em USD	Origem	Fonte de financiamento	Custo anual**
Acordos bilaterais	86	1000	Esp. Cubanos	OE	1.032.000
Topping up	19	1647*	Moçambicanos	SDC	375.516
Pooling (PROSAUDE)**	31	2906	Mix	PROSAUDE	1.115.904
Contratos individuais mod B	50	1300	Mix	OE	780.000
Individuais, como SNS	14	597	Mix	OE	100.296
<i>Total</i>	201	1411	-	-	3.403.716

* só o *topping up*. Estes médicos recebiam também o salário mensal pelo OE. Havia 59 médicos especialistas nacionais que não recebiam o *topping up*. **Actualmente estão a ser pagos pelo Fundo PROSAÚDE também 10 médicos generalistas Cubanos, 6 professores e 10 médicos especialistas Indianos, para um total de 57 expatriados. NB não estão incluídos custos de transporte e habitação.

132 133 134

Custo e Disponibilidade de Médicos Especialistas

Como em outros Países Áfricanos,¹³⁵ a AT fornecida por médicos especialistas está tornando-se progressivamente mais cara. O custo unitário anual global por especialista para o OE é de cerca 10.000 USD em 2004; outros benefícios incluem geralmente a habitação, uso de carros, combustível etc.; ainda, está a ser concebida uma política de descompressão salarial para os quadros do sector público nas posições de maior

¹³² POA 2004

¹³³ Informação da Dra Mária Círia, DNS/DAM, Abril 2004.

¹³⁴ Dolea C, Mercer H, Cuban health cooperation with countries in crisis, Health in Emergencies, Issue No 18, WHO, Geneve, December 2003.

¹³⁵ Baser, H. and Morgan P.. The Pooling of Technical Assistance: An overview based on Field Experience in Six African Countries. (ECDPM European Centre for Development Policy Management Synthesis Paper). Maastricht. 2001.

responsabilidade.¹³⁶ ¹³⁷ Como em outros Países,¹³⁸ a maior parte dos especialistas nacionais mantêm uma relação de trabalho com o sistema público, de forma a estabelecer a sua reputação e beneficiar das seguranças sociais. O número muito limitado de especialistas frente a uma crescente classe média urbana, que está aumentando a procura de serviços de saúde de melhor qualidade e mais individualizados, permite boas possibilidades de remuneração no sector privado ou semi-privado. Calcula-se que, com os lucros das Consultas Especiais, os esquemas contratuais existentes fora do OE e a profissão privada da medicina, as entradas sejam muitas vezes maiores do que o próprio salário do SNS. Assim, a emigração de médicos Moçambicanos para a Europa tem sido até agora limitada, especialmente em comparação com a dos outros países lusófonos do continente.¹³⁹

Discussão. Se o crescimento económico continuar, mantendo o ritmo registado nos primeiros 10 anos após a guerra civil, uma fracção considerável dos novos especialistas será absorvida pela prática privada, sobretudo em Maputo. Embora os estudantes de medicina sejam originários de todo o País, após a sua admissão na UEM, a sua ambição é obter um emprego na capital. Este é o primeiro de uma série de factores que tendem a concentrar os médicos em Maputo, para onde voltam após completar os dois anos obrigatórios de trabalho nas áreas rurais.¹⁴⁰ Como nos outros países em desenvolvimento, as possibilidades de remuneração fora do sector público, as condições de vida, as perspectivas profissionais, são muito melhores na capital. Mesmo o HCM, de longe a maior US e o centro de treino prático para os estudantes da Faculdade, actua como um forte mecanismo de atracção para os médicos. O HCM gere autonomamente cerca de 7,6 milhões de USD/ano, destinados em boa parte para retribuição dos médicos (quadro 3). Esta situação é quase única no País. Ainda, a maior parte das instituições médicas do sector privado lucrativo estão localizadas na capital. Alguns especialistas poderão, no futuro, emigrar para Portugal ou África do Sul.

O aumento de médicos especialistas fora da capital deve ser considerado com a carga de trabalho real de cada especialista e as possibilidades de crescimento e re-qualificação da rede sanitária. Não faz sentido colocar pessoal altamente qualificado, se lhe faltarem os instrumentos e medicamentos necessários ao seu trabalho. A tabela 29 mostra que mais de 90% da rede é constituída por minúsculos Centros e Postos de Saúde, com recursos mínimos, geridos por pessoal de nível básico e elementar. Apesar de Moçambique apresentar figuras entre as mais baixas do mundo em termos de médicos per capita, a carga de trabalho para médicos e especialistas parece ser, em boa parte dos hospitais, semelhante à encontrada em hospitais com a mesma dimensão em outros países de África.¹⁴¹ ¹⁴² Os médicos especialistas já não supervisionam a rede periférica, e são envolvidos marginalmente no treino inicial e na formação contínua de enfermeiros, técnicos de medicina e parteiras, não obstante estes quadros menos qualificados serem os protagonistas das actividades clínicas, especialmente na periferia do sistema.

A diferença salarial entre nacionais e expatriados para as vagas fora da capital já está minimizada pelo *topping up*. Portanto, os custos não diminuirão substituindo os médicos expatriados pelos nacionais. Por sua vez, a plétora de médicos em muitos dos países socialistas ou ex-socialistas trouxe ao mercado global um número elevado de médicos especialistas de boa qualidade, que podem ser contratados a custo razoável. Foi afirmado que *“self-reliance is not the ultimate objective, in a world where all countries are competing for*

¹³⁶ Myers B, Recommendations for a Medium Term Salary Reform Strategy in Mozambique Draft Prepared for UTRESP Unpublished Report, MPF, Maputo, Mozambique, 30 January 2004

¹³⁷ Pesquisa Salarial: Comparação entre a função pública e o sector empresarial nas cidades de Maputo, Beira e Quelimane, Ministry of Planning and Financing, December 2002.

¹³⁸ Kimmel J, Smith Conway K, Who moonlights and Why? Evidence from the SIPP, Upjohn Institute Staff Working Paper 95-40

¹³⁹ Ferrinho P, Van Lerberghe W (editors). Providing health care under adverse conditions: Health personnel performance & individual coping strategies. Studies in HSO&P, 16. ITG Press, Antwerp

¹⁴⁰ Sousa Jr. F. Contributos para o Estudo da Formação de Médicos em Moçambique no Pós-Independência: Estudo de Caso. Masters Dissertation, ISEG – UTL, Lisbon, 2001 (quoted in Ferrinho P., Omar C., 2004).

¹⁴¹ Admission Trends in a Rural South African Hospital during the Early Years of the HIV Epidemic. Floyd K, Reid RA, Wilkinson D, Gilks CF, JAMA 1999; 282:1087-1091.

¹⁴² Accorsi S, Fabiani M., Lukwiya M, Onok P, Di Mattei P, Declich S, The increasing burden of infectious diseases on Hospital Services at St.Mary'S Hospital Lacor, Gulu, Uganda.

intellectual capital on a global basis, and when foreign aid is as much about knowledge as it is about money".¹⁴³

O Pessoal de Saúde e as Actividades Prestadas

A produtividade do pessoal de saúde

Planificar os números da força de trabalho e a distribuição de competências e conhecimentos entre os profissionais de saúde necessita de uma boa informação sobre os níveis correntes de produtividade, tendências e resultados em termos de cuidados de saúde. Num ambiente pobre em recursos, uma análise deste tipo serve, portanto, para identificar quem necessitará de ser formado, com que competências e em que números, a fim de melhor enfrentar as necessidades de saúde da população. Para tal, devem ser considerados programas prioritários dirigidos à redução da pobreza, no contexto de cuidados de saúde primários, sobre doenças afectando sobretudo os membros mais pobres e desprotegidos da sociedade.

Província	2000	2003	Evol.
Niassa	4.650	6.021	29%
Cabo Delgado	6.053	6.272	4%
Nampula	6.591	6.929	5%
Zambézia	8.153	8.076	-1%
Tete	7.399	7.620	3%
Manica	7.394	7.176	-3%
Sofala	5.937	6.272	6%
Inhambane	7.038	7.419	5%
Gaza	8.175	9.774	20%
Maputo Província	10.290	7.866	-24%
Maputo Cid. (c/HCM)	5.860	6.120	4%
Total	6.788	7.103	5%

Tabela 29 (esq.). Produtividade (UAs) por trabalhador qualificado. 2000-2003. Fonte: Balanço do PESS

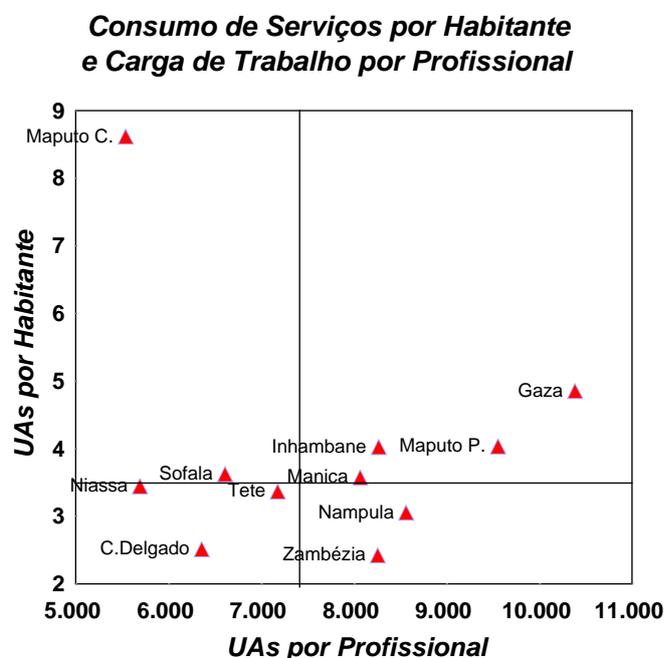


Figura 15 (dir.). Comparação dos Indicadores de Utilização, Eficiência e Estado de Saúde, 1993-2002¹⁴⁴. Fonte: Informação Estatística Anual, 2002

A Informação Estatística Anual indica um aumento contínuo da produtividade do pessoal (estimada em 7.413 UAs/técnico em 2002), juntamente com um aumento progressivo da cobertura (figura 16) e uma melhoria, lenta mas significativa, dos principais indicadores de qualidade dos serviços e do estado de saúde; o Balanço do PESS (tabela 29) mostra resultados semelhantes. No último ano para o qual existe informação, houve recuo em algumas actividades. Mesmo assim, estes resultados, no global, contradizem uma análise precedente do MPF que mostrava uma diminuição da produtividade (e um aumento de valor real dos vencimentos dos profissionais de saúde) ocorrida nos últimos anos da década de '90^{145 146}.

¹⁴³ World Bank, *Assessing Aid: What Works, What Doesn't, and Why*. Washington, 1998.

¹⁴⁴ Até 1996 utilizavam-se dados populacionais projectados a partir do Censo de 1980. A partir de 1997, são utilizados os dados do Censo de 1997, publicados pelo INE. Os resultados do censo 1997 mostram uma diminuição da população, por essa razão, a análise comparativa deve ser feita em 2 períodos de 1993 a 1996 e de 1997 a 2001.

¹⁴⁵ Health Sector Expenditure Review MPF/DNPO, 2003, Maputo

¹⁴⁶ Outras fontes mostram dados algo diferentes em relação à carga de trabalho do pessoal. Conforme o balanço do PESS, houve um aumento na produção dos serviços (em cerca de 17%) entre 2000 e 2003. A produtividade aumentou nitidamente em Niassa (+29%) e Gaza (+20%), ficou praticamente estacionária no

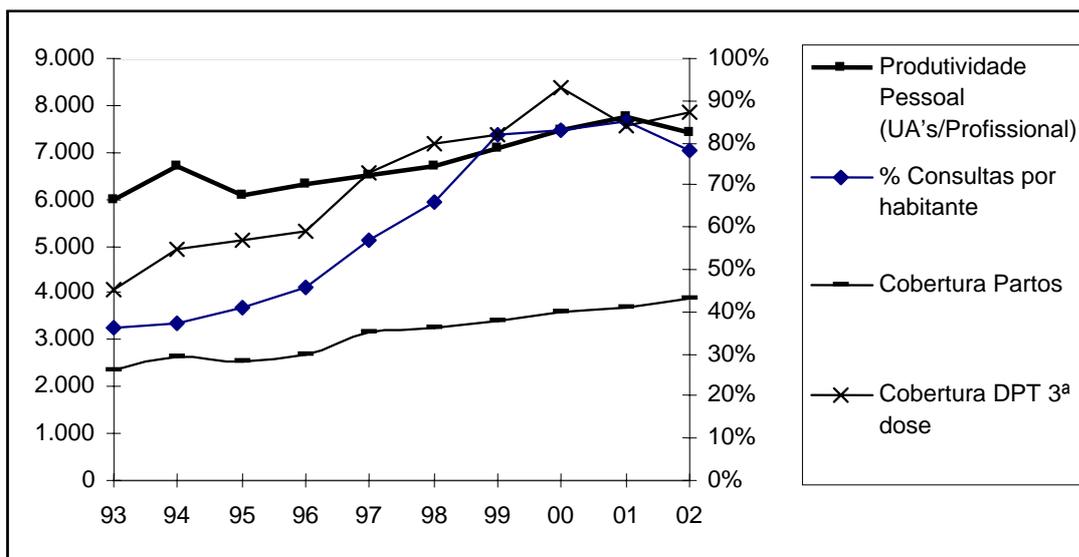


Figura 16. Indicadores de cobertura e produtividade. 1993-02. Fonte: Sumário Estatístico Anual 2003.

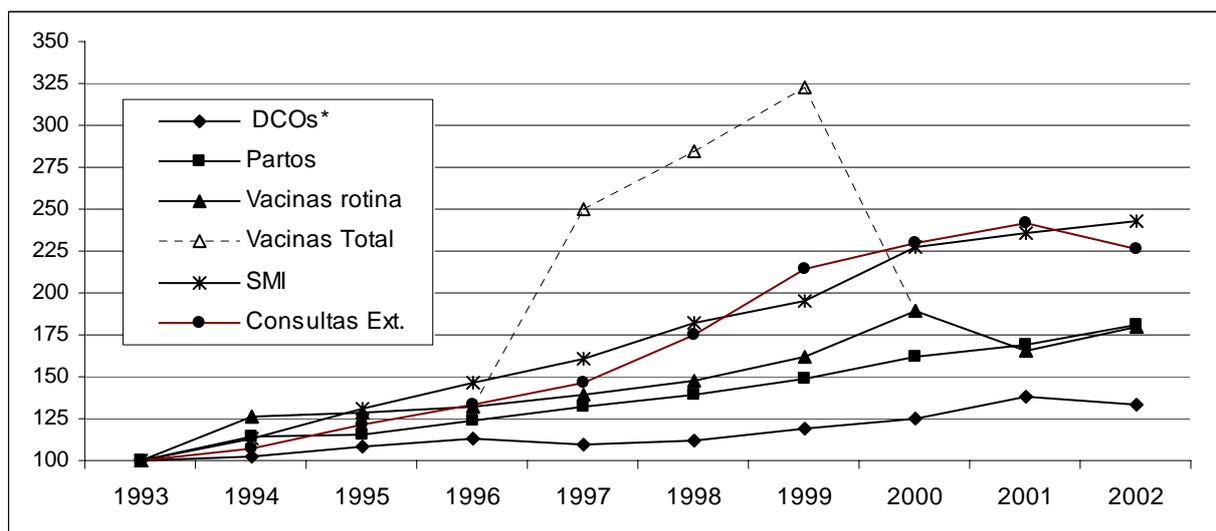


Figura 17. Aumento percentual das actividades, a partir de 1993. Elaboração a partir de Informação Estatística Anual. 2002. SDC-MISAU/DPC Outubro 2003. 1993 = 100. NB. Vacina total: compreende as campanhas de vacinação antipólio.

A figura 17 mostra a evolução das actividades entre 1993 e 2002. Em resumo, há tendência a um aumento das actividades e da produtividade do pessoal, embora com sinais de abrandamento nos últimos anos. Durante a década, o aumento global, calculado em UAs, foi de 65%. Aumentaram sobretudo as consultas externas e de SMI. Entre as actividades ligadas aos serviços hospitalares, os partos assistidos aumentaram muito mais do que as TOCs nos serviços de internamento (81% e 33% respectivamente).¹⁴⁷

resto do País com excepção de Maputo Província (-24%). A *produtividade* por trabalhador qualificado aumentou ligeiramente no período (5%), situando-se globalmente em quase 7.100 UAs/trabalhador. A O pessoal teria sido mais produtivo em Gaza (9774 UAs por técnico), Zambézia (8076) e Província de Maputo (7866) e menos produtivo em Niassa (6021, justificando-se pela máxima dispersão da população), Maputo Cidade, Sofala e Cabo Delgado. A maior parte do aumento é devido a duas províncias, Niassa e Gaza, que estão entre as com menor aumento no número total de trabalhadores. Pelo contrário, a Província de Maputo, que aumentou o pessoal qualificado em cerca de 38% não conseguiu torna-lo eficiente, e apresenta a maior redução da produtividade por província.

¹⁴⁷ Em 2002, 49% das actividades estava constituída pelo internamento, 22% pelas consultas externas, 16% pelos contactos de SMI, 7% pelas vacinações e pelos partos (Informação Estatística Anual 2003). A

Os dados sobre o internamento são contraditórios (tabela 30). Entre os 16 maiores hospitais do País com maior volume de internamento (entre 414 mil e 50 mil DCOs), 8 apresentavam uma TOC superior a 90% (portanto, uma situação de superlotação), 6 tinham valores entre 70% e 90% (situação de equilíbrio) e dois tinham taxas inferiores a 70% (tendo alguma margem de crescimento). A TOC média nos restantes 24 hospitais de nível secundário (com níveis de DCOs entre 35 mil e 10 mil) foi de 76%, mantendo-se bastante inferior na rede primária.¹⁴⁸ O PEN ITS/HIV/SIDA estima que o impacto da epidemia de SIDA “*poderá gerar cerca de um milhão e meio de consultas externas e cerca de 3 milhões de dias de internamento, mais do que o dobro do volume desta actividade.... (e) 30% e 60% das camas permanentemente ocupadas por estes doentes.*”¹⁴⁹

Tabela 30. Actividades dos Hospitais com mais de 50.000 DCOs. 1998 e 2003

Hospital	DCOs		Camas		TOC		UAs		Partos	
	1998	2003	1998	2003	1998	2003	1998	2003	1998	2003
HC Maputo	420.669	414.011	1.518	1.499	76	76	4.416.302	4.087.090	17.175	9.945
HC Beira	157.435	235.131	746	746	58	86	1.556.453	2.291.678	4.877	5.169
HP Quelimane	147.979	125.700	385	457	105	75	1.456.933	1.245.169	2.510	2.808
HC Nampula	104.631	125.401	361	313	79	110	1.093.348	1.353.514	4.768	8.097
HP Chimoio	103.389	117.757	361	371	78	87	1.038.999	1.196.173	3.404	4.495
HG J Macamo	-	112.704	-	428	-	96	-	-	-	15.104*
HP Tete	94.264	83.668	308	324	84	71	984.843	892.591	2.471	3.241
HP Xai-Xai	52.793	76.423	185	222	78	94	565.265	818.911	2.990	3.004
HR Chokwe	-	66.789	-	203	-	120	-	-	-	-
HP Lichinga	36.646	63.900	186	186	54	94	383.155	687.988	2.761	3.712
HG Mavalane	-	63.194	-	250	-	92	-	-	-	14.758*
HG Machava	-	60.100	-	308	-	71	-	-	-	0
HP Inhambane	37.407	53.497	202	230	51	64	392.378	607.990	1.999	2.134
HP Pemba	51.698	53.663	224	224	63	66	518.406	580.622	1.046	1.793
HR Mocuba	-	52.587	-	178	-	108	-	-	-	5.559*
HR Chicuque	-	51.744	-	195	-	97	-	-	-	3.762*

Fonte: elaboração a partir dos dados do SIS. * partos assistidos em todo o distrito. (adaptado de: Vio, F. O Pessoal médico em Moçambique, situação e perspectivas. 2004)

Em conclusão, o aumento das actividades no SNS, foi muito maior que a expansão da rede sanitária, calculada a partir dos dados de Segal e Noormohammed (1990).¹⁵⁰

As Condições de Trabalho

Os parâmetros gerais das condições de trabalho não mudaram substancialmente nos últimos 4 anos, pelo que se mantém a análise feita pelo PDRH 2001-2010^{151 152}. Estes são: organização inadequada do processo de trabalho, distribuição irracional do pessoal, com horários de trabalho não apropriados, sobrecarga de doentes e escalas de trabalho excessivas ou folgadas, ignorância entre os profissionais do próprio papel, funções,

importância das actividades de assistência às parturientes praticamente duplica se considerarmos as camas de internamento ocupadas pelas mulheres.

¹⁴⁸ É possível que a TOC esteja sub-estimada. Por exemplo um estudo ad hoc (McPake Hongoro, cit.) reporta para o HCM uma TOC de 94% em 2001, o que é quase 20% acima do que reportam as estatísticas oficiais.

¹⁴⁹ PEN ITS/HIV/SIDA Sector Saúde 2004 Anexo 4. MISAU/DNS, 2004, Maputo

¹⁵⁰ Segall M, Noormohammed AR, Programa de Reabilitação do Sector Saúde. MISAU 1992.

¹⁵¹ Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos actualizado, Abril 2001. Ag. 1-3

¹⁵² Dal Poz M.R & Machatine G 1999. Avaliação do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH 1992-2002). MISAU, OMS, UNDP.

direitos e deveres, sobrecarga de tarefas administrativas (recolha de dados), sem uso da informação recolhida para tomada de decisões, desconexão entre gestão e prestação de serviços, muitos chefes (geralmente empenhados em seminários) e poucos executores, ausência de supervisão eficaz (vista como fonte de integração salarial), acesso desigual dos profissionais às actividades de formação em trabalho, sobretudo para os colocados na periferia e com formação mais rudimentar, muitas categorias e carreiras de profissionais de saúde, com perfis curriculares pouco diferenciados e preparação inicial medíocre, por falta de campos de estágio, má integração horizontal das funções e tarefas dos profissionais com responsabilidades nos programas verticais, ausência de comunicação/informação entre os diferentes níveis da rede sanitária, em particular dos hospitais de referência para as USs subordinadas, maus tratos com os doentes, não aplicação das normas, salários baixos, frequentemente pagos com atraso, fraca motivação, não reconhecimento dos méritos, impunidade dos infractores das regras de deontologia profissional, rotação demasiado frequente dos médicos colocados na periferia, ambientes degradados, sobretudo nas componentes de internamento.

O conjunto destas situações, analisadas em diferentes documentos internos, afecta o desempenho técnico-profissional: há, por ex., má qualidade no trabalho clínico por falta de equipamento, uso exagerado ou insuficiente dos laboratórios, que por sua vez funcionam só com a microscopia óptica e produzem resultados duvidosos, sobre-prescrição de medicamentos e antibióticos, número excessivo de doentes por consulta ou por enfermeiro; há ênfase em actividades de importância duvidosa, como a pesagem de crianças e insensibilidade para outras de domínio terapêutico (por ex. terapia da dor, assistência aos doentes terminais); há sectores de internamento em estado péssimo e superlotados, ao lado de infra-estruturas lindas e novas para actividades preventivas que terminam o serviço a meio do dia; normas de assepsia não respeitadas; avarias crónicas das geleiras e equipamentos, falta de controlo da cadeia do frio e assim por diante.

Algo, porém, está a mudar. A profissionalização do sistema aumenta, inclusivé nas USs de nível rural. Um número crescente de enfermeiras de SMI estão colocadas nas USs periféricas e são excepcionais os CS rurais tipo II que não disponham de pelo menos uma parteira elementar. Pessoal elementar substitui matronas e serventes com tarefas assistenciais, mas também anestesistas e técnicos de instrumentação fazem o mesmo com os “práticos” de anestesia ou instrumentação. Não obstante os limites orçamentais na aquisição de medicamentos e os casos de roubo, mesmo as USs mais periféricas dispõem dos recursos farmacológicos essenciais.¹⁵³ Mais gestores qualificados estão entrando no sistema, embora os cargos de direcção e gestão, sobretudo, aos mais altos níveis, continuem dominados pelos médicos. Os casos de corrupção são reportados nos media, mas não se aprecia o empenho e dedicação da maioria dos profissionais de saúde. Em suma, não obstante os limites orçamentais do Sector Saúde, registou-se um aumento de actividades, por pessoal mais capacitado, com uso equilibrado dos recursos, que consente, por exemplo, a um doente, na maioria dos casos, ser internado num hospital que dispõe de camas em estado razoável, receber um tratamento geralmente adequado à sua condição, sob o cuidado de pessoal responsável e sensível. Há também sinais que uma atitude mais racional esteja substituindo o fatalismo e a passividade entre os trabalhadores perante o SIDA, comum faz até poucos anos¹⁵⁴. Testes HIV estão disponíveis em quase todos os distritos. Contudo medo, vergonha e auto-estigmatização ainda mantêm afastados da procura de tratamentos eficazes muitos profissionais de saúde ¹⁵⁵ ¹⁵⁶.

Facto inteiramente novo é a entrada em funcionamento dos novos serviços de luta contra o HIV-SIDA, hoje em rápida evolução, onde se concentra o interesse e financiamento dos doadores. Estes beneficiam de condições gerais melhores (limpeza, conforto e tempos de espera dos doentes, disponibilidade de medicamentos e apoio psicológico) e dispõem de pessoal frequentemente melhor pago ou incentivado pelas ONGs e, portanto, mais motivado. Tal situação coloca um desafio a todo o SNS. Caso não se desenvolvam formas de integração dentro do próprio SNS, o risco é criar dois sistemas paralelos, sendo um para a minoria dos doentes de SIDA

¹⁵³ A Prescrição Médica em Moçambique, Avaliação da Qualidade do Atendimento Externo Curativo, Uso Racional de Medicamentos, SNS/SDC-DNS/Dep. Farmacêutico Maputo, Abril 2002

¹⁵⁴ Estudo sobre o Impacto do SIDA nos Serviços de Saúde em Moçambique. Junho de 2002. DRH/DC/DPS Sofala, Maputo, Junho 2002.

¹⁵⁵ Visita de supervisão e recolha de informação sobre os Recursos Humanos em Nampula (gestão, administração, formação). 13-21 Setembro de 2004. MISAU/DRH, Setembro 2004, Maputo.

¹⁵⁶ Relatório da visita de trabalho na Província de Sofala. MISAU/DRH, Julho 2004, Maputo.

(em 09/04, 46.000 assistidos nos Hospitais de Dia), com acesso ao tratamento, e outro para toda a restante população.

Financiamentos e Gastos com o Pessoal de Saúde

O OE para o fundo de salários do MISAU/SNS é estabelecido pelo MPF. Os limites orçamentais são discutidos e propostos pelo MPF ao MISAU, tendo em conta o índice de execução do ano anterior. A execução com os salários, em 2003 foi de 98%, mas só de 63% em relação às “*outras* despesas com o pessoal”, que constituem 13% do total das despesas com o pessoal. Ainda, em 2003 o 13º foi pago utilizando o fundo de salários de 2004. Por causa disto e pelo aumento salarial, em 2004, não houve, de facto, possibilidade de absorver novo pessoal.

Quadro 8. No MISAU, há problemas com a informação relativa ao pessoal. De acordo com o ficheiro da DAG, utilizado para calcular os custos salariais, o MISAU/SNS contaria com 16.494 funcionários, compreendendo os que se encontram fora do quadro. No entanto, de acordo com o SIP, haveria, no total, 19.319 funcionários do MISAU em Setembro 2004¹⁵⁷. Por sua vez, o MPF possui números diferentes provenientes da informação das DPPFs, que desembolsam os fundos salários para as DPSs. Assim, a informação sobre o real quadro de pessoal é confusa, e o orçamento anual para o pagar acaba por não ser usado completamente.

A evolução das despesas de pessoal de saúde com recursos do OE mostrou um crescimento real no fim da década de '90.¹⁵⁸ Entre 2001 e 2004, o aumento real (6%) foi inferior ao aumento do pessoal absorvido no AdE, (10%, com base no DRH/SIP). A participação do fundo de salários, nas despesas correntes do MISAU foram de 46% em 1997;¹⁵⁹ em 2001 de 44% e, em 2004, de 42% (tabela 31).

Para 2005, a nova proposta do GM¹⁶⁰ para o pessoal de saúde comporta um crescimento substancial, bem acima das previsões do CFMP (tabela 38). No MISAU/SNS estão previstas 1767 admissões em 2005, a um custo de 80 bilhões de MZM. O aumento do orçamento será de 4% para o pessoal dos OCs e 26% para o das DPSs (a todos os níveis de prestação de serviços).

¹⁵⁷ dos quais 17.813 do quadro, 1480 eventuais e 26 em situação desconhecida

¹⁵⁸ Entre 1995 e 1998, o fundo de salários cresceu de 8 para 14 milhões de USD. Os gastos das agências internacionais de cooperação com o pessoal foram de 9,7 milhões de USD/ano em 1997; a,1 milhões por ano foram utilizados através dos mecanismos do *pooling e topping up*. Conforme as projecções feitas em 1999¹⁵⁸ deveriam estar a disposição do MISAU em 2004 para o pessoal, 392.517.308.000 Mt (quase 31.000.000 USD ao câmbio médio de 1999), correspondente a um crescimento de 76% do quadro do pessoal. Estimava-se na altura um aumento do pessoal do MISAU de 14.477 para 21.979 elementos (+7.502, +48,7%).

¹⁵⁹ Beattie A, Krauhaar D Health Expenditure in Mozambique. An Analysis of the Major Policy Issues. Volume 2. Mozambique Health Studies, MISAU MSH, Maputo, 1999. Na primeira década da Independência, a componente salário atingia cerca de 55% das despesas correntes.

¹⁶⁰ Projecto de Lei do Orçamento do Estado para o Ano 2005. Governo de Moçambique Maputo, Outubro de 2004.

Tabela 31. Fundos para o pessoal de saúde por ano pelo OE. 2001=100

Ano	000.000 MZM	Aumento nominal ano anterior %	Aumento Nominal 2001 %	Aumento % Preços constantes 2001	Deflactor anual	como % OE	como % OC	Taxa de Execução
2001	562.793,7	-	-	-	10,6	39,1	44,0	90,3
2002	683.220,3	21,4%	21,4%	8,5%	11,5	38,1	42,1	85,4
2003	733.777,6	7,4%	30,4%	3,2%	12,6	35,4	39,3	93,5
2004	863.065,2	17,6%	53,4%	6,0%	13,2	38,4	42,1	-
2005	967.723,6	12,1%	71,9%	3,2%	9,0	38,4	42,4	-
2005*	1.078.347	24,9%	91,6%	15,0%	9,0	40,7	44,3	-
2006	1.075.894,0	11,2%	91,2%	4,4%	7,1	38,6	42,7	-
2007	1.194.999,0	11,1%	112,3%	7,7%	7,0	38,7	42,9	-

2005-7 previsões. OE = Orçamento do Estado. OC = Orçamento Corrente

Fonte: Ministério do Plano e Finanças:¹⁶¹ Taxa de execução: fonte DAG¹⁶² Deflactor: Mapa fiscal para OE 2005. **2005* = Proposta de Orçamento para 2005 (aguarda aprovação pela Assembleia Popular)**

Como mostra a tabela 31, a nova proposta de orçamento para 2005 constitui uma mudança radical para as perspectivas de crescimento do SNS. A questão fundamental que se coloca é se a tendência será mantida nos anos posteriores a 2005.

A dotação com o pessoal a partir do OE é a maior componente das despesas totais do MISAU; contudo, um papel importante é jogado pela Cooperação Internacional. O Fundo PROSAÚDE (um total de 28 milhões de USD para 2004) destina 38% dos seus fundos para as despesas com o pessoal.¹⁶³ A esta importância deve-se acrescentar cerca de 1,2 milhões do MAP.¹⁶⁴

Quadro 9. Fundos externos em 2004 e Pessoal de Saúde. Com o FCP estão a ser pagos, em 2004, os funcionários do MISAU, fora do quadro, que aguardam a sua absorção no AE, assim como os médicos expatriados contratados individualmente.

O PROSAÚDE previa, em 2004, USD 5.078.265 para as despesas com o pessoal nos OCs, USD 1.479.900 para a AT nos hospitais (médicos especialistas expatriados), USD 669.240 para o *topping up*, USD 660.000 para os cursos de formação e USD 1.534.656 para ajudas de custo.

O GFATM é destinado a cobrir custos específicos relacionados com os programa de malária, tuberculose e SIDA.

Prevê-se (01/11/04) que em 2005 o FCP manter-se-á aos mesmos níveis de 2004. O PROSAÚDE deveria dispor de 23 milhões de USD provenientes do GFATM. Excluindo esta importância, os fundos restantes deverão ficar em cerca de 21 milhões de USD.

¹⁶¹ Orçamento do Estado 2001-2004 e Cenário Fiscal de Médio Prazo 2005-2007 MPF, Maputo.

¹⁶² Os dados da DAG são algo diferentes (por ex. dotação 2002, 666.081 milhões) devido a pequenas diferenças no período incluído para análise financeira, e a forma como se consolidam os dados. Pode haver também diferenças em algumas fontes e erros nas somas; detalhes em anexo

¹⁶³ assim sub-dividido conforme o POA 2004: 2,5 milhões para consultorias e AT residente, 3,8 subsídio de almoço, 4,2 para salários do pessoal fora do quadro, 1,5 para diversos, inclusive pagamentos de dívidas e primeira sistemática médicos expatriados contratados Contudo, actualmente, o FC está sendo utilizado para pagar os contratos de 59 médicos expatriados (*ex-pooling*, Cubanos e Indianos de contratação recente. Esta situação não estava prevista na alocação de dinheiro e terá implicações sobre a alocação de fundos para componente pessoal dos anos vindouros. Mantendo os médicos pagos actualmente 10/10/04 com o FC o custo anual seria de 1,7 milhões de USD),

¹⁶⁴ de princípio, estes fundos deveriam subsidiar os salários de um grupo de médicos indianos (ao abrigo de um acordo intergovernamental).

Fundos externos em 2004 em USD. Fonte DPC

Fundo externo	2004
Fundo Comum Provincial	10.782.910
PROSAÚDE	28.470.480
GFFATM	0

Fonte DPC, Outubro 2004.

165

Não obstante os aumentos salariais ocorridos no período '99-04, a capacidade de compra dos salários tem diminuído. A tabela 32 mostra a diminuição do valor dos salários-base dos profissionais de saúde. Com efeito, nem os aumentos salariais previstos pelas normais progressões de tempo de serviço foram pagos, desde a reforma de 1999, devido à falta de cabimento orçamental.

Tabela 32. Salário-base em USD em 1999 e 2004 ao câmbio do ano.
Classes e escalões inferiores das categorias de saúde

Carreira	ano	
	1999	2004
Agente de serviço	46,9	50,0
Auxiliar técnico de saúde	59,2	57,3
Assistente técnico de saúde	88,2	83,9
Técnico de saúde	119,8	112,9
Técnico especialista saúde	146,1	137,7
Técnico superior saúde N2	231,7	218,3
Técnico superior saúde N1	294,2	277,2
Médico geral	305,8	288,2
Médica Hospitalar /Saúde Pública	386,9	364,6

Fontes: Salários mínimos de cada classe salarial: DAG. Câmbio médio do ano: Mapa Fiscal 2005. MPF. Os valores em MZM foram mudados em USD utilizando o câmbio médio do ano.

Carreiras de Saúde e Estrutura Salarial

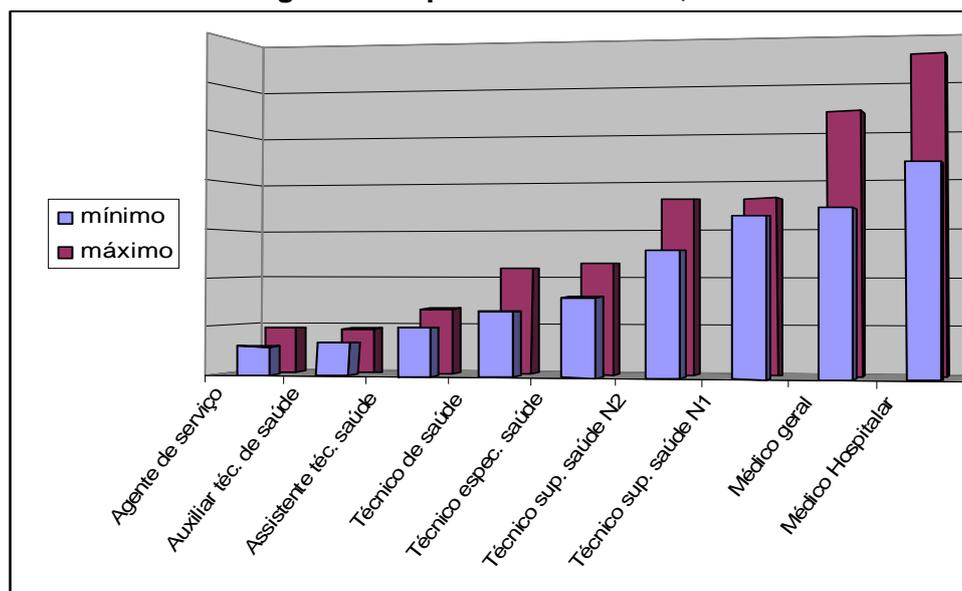
Após a reforma entrada em vigor em Abril 1999, a progressão de acordo com o nível profissional (“as carreiras”¹⁶⁶) ocorre em sentido “horizontal” (por escalões, com base no tempo de serviço) e “vertical” (por classe, com base em concursos por títulos).¹⁶⁷ O aumento máximo teórico dentro do mesmo escalão é em média 65%. Na prática, a sobreposição entre os níveis salariais mais elevados de uma categoria e os mais baixos da categoria superior (figura 18) é anulado pelo bônus especial, cujo valor é bem maior nas categorias superiores. Esta situação mantém a pressão nos quadros para ingressar em cursos de promoção ou especialização, para melhorar os seus salários.

¹⁶⁵ Informação da DPC 31/10/04.

¹⁶⁶ conforme nomenclatura do MAE

¹⁶⁷ As promoções têm ocorrido através de cursos de formação formal de duração variável entre 18 meses e 2 anos. Na década '90 houve as promoções, por via administrativa de um número substancial de técnicos de nível básico, sobretudo enfermeiros e agentes de medicina preventiva.

Figura 18. Sobreposição salarial (salário-base) entre as diferentes categorias de quadros do MISAU, 2004.



Médico Hospitalar = Médico especialista

Composição dos Salários e Remunerações

Para além do salário-base o funcionário do MISAU recebe outras gratificações:

- ✓ Bónus especial, conforme nível profissional e lugar de colocação.
- ✓ Subsídio de turno, de 10%, para todos os trabalhadores que fazem escalas, sem distinção de categoria.
- ✓ Subsídio de risco de 10% ,para todos os trabalhadores afectos em US, sem distinção de categoria.
- ✓ Frequentemente, o 13º (pago nos últimos anos), conforme disponibilidade financeira.
- ✓ Habitação para a maior parte dos profissionais afectos nas áreas rurais, assim como veículos para os dirigentes.
- ✓ Participação em seminários e actividades de formação contínua. Estas actividades são consideradas sobretudo como fonte de remuneração.¹⁶⁸
- ✓ Ajudas de custo e incentivos, pagos pela cooperação internacional (*"topping up"*, incentivos), a dirigentes e quadros que ocupam posições estratégicas.

O bónus especial varia conforme a categoria do pessoal e a localidade de afectação (tabela 33). É praticamente impossível, nas condições actuais de cobertura do SNS, que os técnicos de nível superior ou médio sejam colocados em localidades do grupo 3 e 4 (pequenos centros e postos de saúde em sítios remotos).

Tabela 33. Bónus especial por categoria (como percentagem do salário-base). Os grupos correspondem a localidades em sedes progressivamente mais periféricas

bónus especial	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
Superior	75%	90%	100%	120%
Superior, não médico	60%	70%	80%	100%
Bacharel	40%	50%	60%	80%
Médio e médio especializado	30%	40%	50%	60%
Básico e elementar	0%	0%	0%	0%

(Diplomas Ministeriais 36/91, 69/98 22/99)

¹⁶⁸ Pfeiffer J 2003. International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Soc Sci Med.*; 56(4): 725-38.

A diferença salarial entre a base e o topo da pirâmide é de facto descomprimida pela distribuição dos bónus (tabela 33 e 34). O facto de que mesmo os médicos que trabalham na capital também recebam um bónus especial substancial (75%), elimina o estímulo de se deslocarem para as províncias e áreas rurais.

Não há bónus salariais abaixo do nível médio, porque os profissionais de saúde básicos e elementares são considerados “de recrutamento local”. Entretanto, devido à escolaridade de ingresso (10ª classe para os cursos básicos) muitos candidatos aos cursos são de proveniência urbana.¹⁶⁹ Assim, o sistema de recrutamento e a escolaridade de ingresso condicionam o perfil social dos RHs do MISAU. Não há estímulo para o pessoal de nível básico preferir as sedes periféricas no meio rural (considere-se, no sentido oposto, a “força de atracção” exercida pelas cidades e os grandes hospitais, como o HCM).

Tabela 34. Estrutura do salário global por carreira. MISAU, 2004. Componentes do salário como percentagem do total

Carreira	Gratificação de Chefia	Bonus Especial	Renda de Casa	Abono de Família	Subsídio de Risco	Subsídio de Turno	Horas Extra	Outro	Salário base	Tot %
Médica Hospitalar	2,4%	36,7%	0,0	0,0	3,8%	3,8%	0,6%	0,1%	52,7%	100,0
Médica Generalista	3,7%	36,2%	0,0	0,0	4,3%	4,1%	1,6%	0,3%	49,7%	100,0
Técnica Sup.de Saúde	6,0%	32,3%	0,0	0,0	3,3%	1,7%	2,3%	0,1%	54,4%	100,0
Técnica Sup. Saúde N1	6,0%	32,3%	0,0	0,0	3,3%	1,7%	2,3%	0,1%	54,4%	100,0
Técnica Sup. Saúde N2	3,4%	26,6%	0,0	0,0	4,6%	1,5%	1,0%	0,0%	63,0%	100,0
de Téc. Esp. de Saúde	2,9%	19,4%	0,0	0,0	4,9%	4,5%	2,3%	0,2%	65,9%	100,0
de Técnico de Saúde	1,8%	19,0%	0,0	0,0	5,8%	5,3%	3,0%	0,0%	65,1%	100,0
de Ass. Téc. de Saúde	0,2%	0,2%	0,0	0,0	7,6%	9,5%	2,9%	0,5%	79,2%	100,0
de Aux. Téc. de Saúde	0,0%	0,0%	0,0	0,0	7,7%	10,4%	3,7%	0,0%	78,2%	100,0
de Téc. Superior N1	1,2%	35,3%	0,0	0,0	3,7%	0,4%	0,3%	0,0%	59,0%	100,0
de Téc. Superior N2	1,8%	25,5%	0,0	0,0	1,1%	0,0%	3,6%	0,0%	68,1%	100,0
de Téc. Profissional	2,8%	17,5%	0,0	0,4%	2,8%	0,3%	5,0%	0,0%	71,2%	100,0
de Técnico	0,5%	8,9%	0,0	0,0	3,6%	0,3%	1,9%	0,0%	84,9%	100,0
de Assistente Técnico	0,1%	0,4%	0,0	0,0	4,0%	1,4%	4,7%	0,0%	89,4%	100,0
de Auxiliar Administr.	0,1%	0,0%	0,0	0,0	5,0%	3,1%	8,5%	0,2%	83,1%	100,0
de Operário	0,0%	0,0%	0,0	0,0	5,5%	2,8%	7,1%	0,0%	84,6%	100,0
de Agente de Serviço	0,0%	0,0%	0,0	0,0	7,4%	8,6%	3,0%	0,0%	81,0%	100,0

Não estão incluídos os funcionários com funções específicas de chefia. Fonte DAG. Elaborado

A tabela 35 mostra a diferença de salários entre as carreiras, já discutida por Machatine e Dal Poz¹⁷⁰. A diferença salarial quase duplica se considerarmos o pagamento do bónus especial. Os sistemas de pagamento dos médicos especialistas, são bastante mais diferenciados. Para esta categoria o salário pago pelo fundo de salários constitui só uma componente da remuneração global.

¹⁶⁹ Embora já num número consistente de distritos seja possível estudar até a 10ª classe, a qualidade do ensino ainda não parece comparável com o das escolas urbanas. Infelizmente, também estudantes para cursos elementares têm sido recrutados nas cidades, embora as sedes distritais dispunham do ensino da 7ª classe.

¹⁷⁰ Dal Poz M.R &, Machatine G 1999. Avaliação do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH 1992-2002). MISAU, OMS, UNDP.

Tabela 35. Relação salarial a partir dos salários-base mínimos por categoria. Salário dos serventes = 1.

Categoria	
Médica Hospitalar/Saúde Pública	11,12
Médica Generalista	8,69
Superior de Saúde N1	7,23
Técnica Superior N1	5,46
Superior de Saúde N2	5,19
Técnica Superior N2	3,73
Técnica Esp. de Saúde	3,24
Técnica de Saúde	2,49
Técnica Profissional	2,27
Técnica	1,63
Assistente. Téc. de Saúde	1,54
de Assistente Técnico	1,18
Auxiliar Técnica de Saúde	1,07
de Auxiliar Administrativo	1,03
de Operário	1,00
<i>de Agente de Serviço</i>	<i>1,00</i>
Pessoal com funções de chefia	4,64

A tabela 36 mostra o panorama geral das retribuições por carreira no momento actual (Outubro 2004). É calculado também o custo médio por funcionário em cada categoria. A percentagem do custo das categorias sobre a despesa total é confrontado com a percentagem de funcionários, por categoria, sobre o total dos quadros. Evidentemente a remodelação da pirâmide do pessoal (com um aumento no topo) terá um impacto directo sobre a despesa salarial global.

Carreira	Encargo anual da categoria	Encargo anual médio por funcionário		No funcionários	% da despesa salarial	% no total dos funcionários
		MZM	USD			
Específica de Saúde						
Médica Hospitalar/S. Pública	19.590.109.109	227.791.966	9.773	86	3,4	0,5
Médica Generalista	61.395.645.791	177.958.394	7.635	345	10,6	2,1
Superior de Saúde N1	8.150.464.695	148.190.267	6.358	55	1,4	0,3
Superior de Saúde N2	2.762.364.779	106.244.799	4.558	26	0,5	0,2
Técnica Esp. de Saúde	15.994.825.015	66.368.569	2.847	241	2,8	1,5
Técnica de Saúde	95.484.929.566	51.061.460	2.191	1870	16,5	11,6
Assistente. Téc. de Saúde	123.052.743.529	31.568.174	1.354	3898	21,2	24,1
Auxiliar Técnica de Saúde	36.798.245.804	21.903.718	940	1680	6,4	10,4
Geral						
Técnica Superior N1	6.717.742.809	111.962.380	4.803	60	1,2	0,4
Técnica Superior N2	1.453.410.882	76.495.310	3.282	19	0,3	0,1
Técnica Profissional	7.405.076.204	46.572.806	1.998	159	1,3	1,0
Técnica	1.736.062.271	33.385.813	1.432	52	0,3	0,3
de Assistente Técnico	11.821.759.119	24.076.902	1.033	491	2,0	3,0
de Auxiliar Administrativo	12.258.238.400	21.098.517	905	581	2,1	3,6
de Operário	7.874.378.400	20.506.194	880	384	1,4	2,4
de Agente de Serviço	116.049.010.607	20.481.647	879	5666	20,0	35,1
Pessoal c/ funções de chefia	50.913.283.384	94.987.469	4.075	536	8,8	3,3

Tabela 36. Encargo anual por carreira e funcionário pelo Fundo Salários

Outras fontes de entrada

Os chamados “mecanismos de sobrevivência” incluem a utilização de lucros obtidos dentro da estrutura pública, cobranças ilegais, consultas domiciliárias e outras práticas privadas, como abortos clandestinos, uso para fins privados de bens, equipamentos e meios do Estado, roubo e venda de medicamentos do SNS. Tais actividades são o resultado de uma privatização, *de facto*, que já abrange boa parte dos trabalhadores de forma desregrada. A situação acaba por privilegiar funcionários em determinadas áreas críticas (por exemplo, o pessoal da farmácia e administrativo), aqueles que mais enfrentam processos criminosos.

De acordo com um inquérito no Aparelho do Estado, o pedido mais frequente de dinheiro ao público é feito no âmbito do Sector Saúde (30%), que precede o da educação (27%), da polícia (21%). Em muitos casos trata-se de assunto de corrupção administrativa: paga-se para obter algo que deveria ser dispensado por direito. Num caso foi referido o pagamento de um anestésico durante uma operação¹⁷².

¹⁷¹ Salários médios anuais por categoria compreensivos de impostos, mas sem 13ª mensilidade. Não está considerado o pessoal contratado com esquemas salariais fora das tabelas salariais do AE. O pessoal com funções de chefia pertence a todas as categorias excluindo as inferiores. Número de funcionário conforme a DAG.

¹⁷² Hanlon J 2002. *Are donors to Mozambique promoting corruption?* Paper submitted to the conference “Towards a New Political Economy of Development”, Sheffield 3-4 July 2002.

Parte II: Propostas de Objectivos Estratégicos e Actividades

Objectivo Estratégico 1: pessoal de saúde formado e distribuído de acordo com as necessidades

Necessidades de Pessoal

Nesta secção apresentam-se propostas para o desenvolvimento dos recursos humanos baseadas na análise feita na 1ª parte do Plano. Enfatizam-se os princípios e a visão dos serviços de saúde assumidos pelo Governo. O aumento do acesso aos cuidados primários de saúde é o meio fundamental para elevar o estado de saúde da população e realizar esta componente essencial da estratégia de redução da pobreza. Estão incluídos também os objectivos dos MDGs e a luta contra o HIV/SIDA, através do aumento do acesso ao tratamento anti-retroviral (TARV).

Para evitar a excessiva sobrecarga dos HC e HP é necessário melhorar as competências técnicas nos HR e CS. Deverão ser reforçadas as capacidades clínica e de enfermagem nos HRs e CSs com a formação de técnicos de medicina e enfermeiros de nível médio, técnicos de farmácia e de laboratório, de forma a fazer face ao previsível aumento de doentes requerendo internamento (SIDA). Nesta fase, em que foi considerado necessário relançar a componente curativa dos cuidados de saúde (o que parece lógico pelo que mostram as estatísticas, deverá ser dada maior importância a actividades (de internamento, assistência obstétrica), que necessitam de investimentos infra-estruturais bem maiores em relação a actividades menos dependentes das instalações (em particular vacinações, mas também contactos SMI, consultas clínicas de triagem).

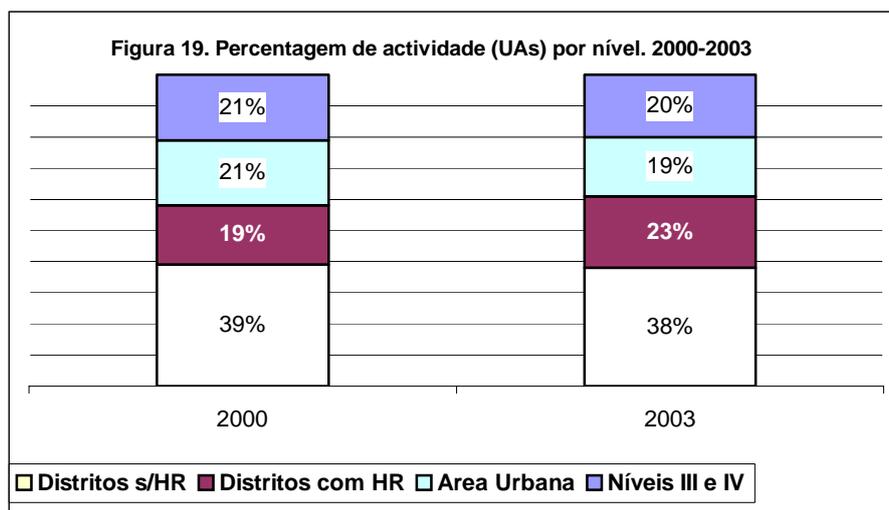
Cálculo das necessidades

Os princípios básicos seguidos para o cálculo das necessidades de pessoal e a priorização em termos de formação e colocação são os seguintes:

- 1) Prioridade para o pessoal colocado a nível da prestação de serviços, em relação ao colocado a nível dos OCs, e ainda para a melhoria das capacidades de gestão.
- 3) Prioridade para os cuidados primários de saúde.
- 2) Prioridade para a rede primária e secundária rural.
- 4) Uso de critérios padronizados para a definição das equipas mínimas.
- 5) Necessidades de pessoal ajustadas com base nas cargas de trabalho.

O pessoal para os cuidados de saúde primários deve aumentar e melhorar em qualidade. Não obstante os limites do sistema de informação de saúde, reconhece-se um maior aumento das actividades a nível primário e secundário (figura 19).¹⁷³ As maiores variações em relação ao ano 2000, dizem basicamente respeito aos distritos com hospital rural, que realizaram 23% da actividade global em 2003 e 19% há quatro anos atrás.

¹⁷³ Conforme o Balanço do PESS 2004



Metodologia utilizada para estimativa das necessidades

A diferença de muitos países que sofrem com falta de acesso a fontes de dados de pessoal, e não obstante as incongruências dos sistemas de informação do pessoal do Aparelho do Estado, o MISAU foi capaz de estabelecer, nestes anos, uma base de dados detalhada do pessoal. O ficheiro permite inferir as previsões de perdas de pessoal por reforma, doenças (SIDA, etc.) e outras causas e, portanto, planificar a substituição das perdas e o desenvolvimento dos quadros necessários.

Os cálculos para as categorias específicas dos profissionais de saúde foram feitos a partir da rede sanitária prevista para 2008 conforme as caracterizações do Diploma Ministerial (DM) 127/2002. Estas indicam também as condições de trabalho intrinsecamente necessárias para que os recursos humanos projectados realizem apropriadamente as suas tarefas. Foram feitos ajustes mínimos: por exemplo, não se considera, neste momento, a afectação de Agentes de Nutrição nos CSs rurais tipo II, por não haver trabalho e infraestruturas (inclusivé habitações), que consintam a presença de um terceiro elemento, neste momento, a este nível da rede sanitária, e porque o pessoal de SMI possui as competências básicas na área nutricional. Cursos de nutrição, contudo, poderão ser organizados juntamente com o Ministério da Agricultura. Sugere-se ainda que as parteiras de nível elementar (PEs) afectas aos CS rurais tipo II sejam promovidas para o nível básico. A tabela 37 mostra as necessidades da rede primária em termos de pessoal com base no DM 127/2002 e no número de USs, por nível, projectadas para 2010. As premissas estão descritas em pormenor no anexo 4 e 5. O pessoal está regupado por níveis. As diferentes categorias estão designadas pelas iniciais.

A partir das projecções da tabela 37, para todas as categorias de pessoal, foi considerado:

1. O número de *profissionais existentes*, por nível, a partir dos dados do SIP de 30/06/04.
2. A perda teórica do pessoal por *aposentação*, a partir da idade da reforma (55 anos para as mulheres, 60 para os homens), ou por doenças e óbitos após esta idade no período 2004-10. Existe informação detalhada por nível e carreira. Mais de 800 anciãos que já ultrapassaram a idade da reforma, ainda recebem o vencimento pelo SNS, mesmo sem prestar qualquer actividade. Outros ainda permanecem no lugar de trabalho, com capacidades diminuídas. Tais funcionários foram considerados virtualmente não existentes na força de trabalho.
3. A mortalidade geral antes de 55 anos de idade. Foi calculada em 0,5% por ano com base nas *estimativas de mortalidade por SIDA* (2003). Embora a tendência de crescimento da mortalidade relacionada ao HIV esteja clara ao longo dos anos (tabela 14), as iniciativas relativas ao tratamento (TARV e TIO) dos funcionários do MISAU actuarão em direcção contrária, limitando as perdas.
4. 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 (anciãos excluídos, ver ponto 2). Isto equivale à perda de 4% do pessoal.
5. Um "atrito" de 0,5% por ano em relação às *saídas do SNS* por outras causas.

6. As projecções de *novos profissionais formados* em cursos já iniciados nas IFs. Em relação aos futuros profissionais foram consideradas as mesmas percentagens de perdas estimadas para os funcionários já em serviço, a partir do início das funções.
7. O DM 127/2002, para estimar as necessidades de *equipas mínimas*, a partir da rede sanitária primária e secundária projectada para 2008/10 (tabela 7). A partir destes dados foi considerado o *impacto das actividades, conforme as cargas de trabalho* existentes e previstas, atribuindo coeficientes específicos a cada categoria profissional.
8. As necessidades de pessoal para os *serviços da SIDA*, que foram estimadas com base nas equipas mínimas calculadas durante a elaboração do PEN e foram integradas com a metodologia da OMS para o cálculo das necessidade face ao *scaling up* (página).
9. As necessidades de pessoal para os níveis quaternário e terciário de atenção, para as *DPDs, DDSs, OCs* e outras instituições não ligadas à prestação de serviços, que foram calculadas de forma aproximada, com base na distribuição existente do pessoal e, relativamente aos *grandes hospitais*, nas cargas de trabalho (ver a seguir). Não foi previsto um aumento quantitativo do pessoal afecto aos OCs.

Tabela 37. Pessoal para a rede primária em 2010. Equipas mínimas conforme Diploma Ministerial 27/2002. Valores intermédios.

Nível	US	HR	HD	HD cir	CSR I	CSR II	PS	CSUA Mat	CSU A	CSU B Mat	CSU B	CUA C	CSU C Mat	Total
Sup	médicos	152	60	5	0	0	0	23	23	0	0	0	0	263
	Total	152	60	0	0	0	0	23	23	0	0	0	0	263
Médios	TC	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
	TMC	95	40	3	125	0	0	23	23	0	21	0	0	330
	TMP	0	0	0	0	0	0	23	23	21	0	0	0	67
	TL	57	40	3	0	0	0	23	23	0	0	0	0	146
	TE	95	40	3	0	0	0	23	23	0	0	0	0	184
	TF	57	40	3	0	0	0	23	23	0	0	0	0	146
	EG/esp	342	100	14	0	0	0	46	46	0	0	0	0	548
	EP	76	80	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	162
	TR	57	0	0	0	0	0	11,5	11,5	0	0	0	0	80
	T fis	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29
	TAAUSS	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38
	Total	846	340	35	125	0	0	173	173	21	21	0	0	1732
Básico	AMC	0	80	6	125	591	0	69	69	21	21	48	22	1052
	AMP	0	0	0	125	0	0	23	23	21	21	0	0	213
	AF	76	40	3	0	0	0	34,5	34,5	21	21	0	0	230
	AL	57	60	5	125	0	0	34,5	34,5	21	21	0	0	358
	AR	76	0	0	0	0	0	11,5	11,5	0	0	0	0	99
	AE	0	40	3	0	0	0	34,5	34,5	21	21	0	0	154
	EB	532	200	15	156	0	0	57,5	57,5	21	21	24	11	1095
	ESMI	171	160	12	188	296	0	219	115	137	42	48	44	1430
	AUUSS	95	40	3	125	0	0	23	23	21	21	0	0	351
	A fis	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29
	Total	1036	620	47	844	887	0	506	403	284	189	120	77	5010
Elementar	EE	0	0	0	156	0	284	0	0	0	0	24	11	475
	Micr	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	AuxF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	PE	0	0	0	125	296	0	0	0	0	0	0	0	421
	Dact	114	60	5	0	0	0	57,5	57,5	21	21	0	0	336
	Total	114	60	5	281	296	284	58	58	21	21	24	11	1231
Apoio	950	360	30	500	591	0	242	150	147	63	48	22	3102	
Total geral	3097	1440	116	1750	1773	284	1001	805	473	294	192	110	11334	

N.B. Reclassificação conforme informação das DPSs (7 províncias) e revisão central (4 províncias)

Pessoal por área específica

Enfermagem (tabela 38)

Com *quase 4000 técnicos*, os enfermeiros constituem a categoria mais numerosa do SNS. É a única categoria que, contando com profissionais desde o nível elementar ao superior, está presente em todos os níveis da rede sanitária, desde o PS até ao HC.

O atrito devido às aposentações é particularmente *elevado entre enfermeiros especializados e gerais*, não obstante os esforços do sector de formação para substituir as perdas (entre 2004 e 2005 irão encerrar 6 cursos médios, 2 de especialização e 12 básicos).

Há um grande número de *enfermeiros elementares* (cerca de 900), afectos sobretudo ao nível primário de prestação dos serviços de saúde.

Nos HCs de Beira e Nampula há evidência de uma *carga de trabalho excessiva* sobre o pessoal de enfermagem. A revisão em loco das estatísticas relativas ao internamento, revelou uma grande sub-estima em relação às actividades do pessoal, na maioria das enfermarias. Por exemplo, no HC de Nampula (HCN) se o internamento se mantiver ao longo de 2004 conforme os níveis registados no 1º semestre, os DCOs serão praticamente o dobro dos notificados para o ano 2003. Tal situação é provavelmente comum a outros HPs; no HCB a carga de trabalho também justificaria um aumento do pessoal de enfermagem activo na ordem de 60-80%, considerando a percentagem dos que prestam serviço em tempo limitado, por doença ou velhice.

Muitos *EB estão colocados a nível dos CS rurais tipo II*, não obstante tivesse sido considerada mais apropriada a presença de AM, porque as consultas externas são a actividade principal. Este tipo de colocação, devida à falta de AM, reduz a disponibilidade de enfermeiros para as USs com internamento. Trata-se, contudo, de pessoal que presta serviço em sítios onde a colocação de quadros básicos é frequentemente problemática.

O plano de formação dos enfermeiros pretende quase duplicar o pessoal de enfermagem a nível terciário e quaternário e aumentar de 33% aos níveis primário e secundário. É dada ênfase particular ao nível médio.

Actividades

- Formação de 1200 novos enfermeiros (30 superiores, 142 especializados, 775 de nível médio e 400 básicos) entre 2006 e 2010, com 19 cursos de nível básico, 28-29 médios e 5 de especialização e 1 superior.
- Parte dos cursos de nível básico podem ser substituídos por actividades de promoção dos EEs colocados nos PSs e CSs rurais tipo II. Estes elementos deverão receber noções adequadas sobre diagnóstico e tratamento, podendo ser promovidos, se tiverem os requisitos, para o nível de EB ou AM.
- Reciclagem progressiva dos EBs colocados nos CSs rurais tipo II, que tiveram uma formação inicial inadequada para a clínica, em tópicos de diagnóstico e tratamento.
- Profissionais de nível básico deverão juntar-se progressivamente aos EEs colocados em CS rurais tipo II que, sobretudo pela idade avançada, não será possível promover.
- Reforçar o corpo docente nas IFs com enfermeiros especializados em ensino e profissionais de enfermagem de nível superior.

Farmácia (tabela 39)

O sector das *farmácias privadas* é o mais desenvolvido, empregando em 2004, 194 profissionais da área farmacêutica, dos quais a esmagadora maioria são técnicos médios. Estima-se que 50% destes profissionais esteja contratado a tempo inteiro, enquanto os outros continuam como funcionários do SNS. Portanto, a evolução do sector privado é importante para estimar o cálculo das necessidades do sector.

A área farmacêutica, ligada à gestão do sistema de planificação das necessidades e distribuição dos medicamentos, necessita de um bom número de quadros formados em administração e gestão, sendo as necessidades destes quadros estimadas no parágrafo relativo.

No cômputo geral das necessidades, os valores do DM 127/2002 em relação ao nível primário e secundário foram ajustados por um factor de 1,25. As estimativas das necessidades para os grandes hospitais e para os serviços centrais (CMAM, Laboratório Central etc.) foram feitas junto ao pessoal da DNS/DF.

Actividades

- Formação de 497 técnicos de farmácia (164 básicos, 228 médios, 50 médio-especializados e 55 licenciados) entre 2006 e 2010, em 6 cursos básicos, 8 médios, 2 médio-especializados e 2 de nível superior.
- Boa parte dos cursos básicos podem ser substituídos pela promoção dos auxiliares em actividade.
- Os profissionais de nível médio-especializado e superior serão contratados a partir de estudantes em instituições de ensino privadas.

Laboratório (tabela 40)

Fundamentalmente, a actividade dos laboratórios periféricos, mesmo nos HRs, funciona com base na que seria a *competência de um microscopista*. Boa parte dos conhecimentos adquiridos pelos profissionais melhor qualificados não é utilizada por falta de material e equipamento. As próprias instalações deixam muito a desejar: muitas foram concebidas para outros fins. Há falta de espaço e ventilação, com ambientes de trabalho não saudáveis. Portanto, as condições de vida dos trabalhadores do sector ficam muito sacrificadas, com evidentes implicações sobre susceptibilidade a doenças, absentismo e produtividade. Foi detectada em alguns sítios uma *colocação inapropriada* do pessoal de laboratório, regupado onde o volume de actividades não o justifica ou em trabalhos que poderiam ser executados por elementos menos qualificados. Por outro lado, há sobrecarga de trabalho nos CSs, sobretudo na altura da recrudescência epidémica da malária.

O aumento da demanda dos serviços clínicos e, portanto, das consultas externas e do internamento previsível a curto e médio prazo, mostra que as equipas básicas conforme o DM 127/2002 não serão suficientes, particularmente nos períodos de alta incidência malárica. Isto significa má qualidade dos serviços. Contudo, as necessidades futuras de pessoal de laboratório, sobretudo nos níveis médio e superior, estão fortemente *condicionadas pelos investimentos neste sector*. Evidentemente, não faz sentido investir em técnicos médios e superiores que disponham apenas da microscopia óptica, como ocorre actualmente na grande maioria das USs. Ainda, a automatização das análises diminui a necessidade de técnicos qualificados.

Caso não haja melhorias sensíveis das infraestruturas e equipamento o nível básico continuará a ser o mais adequado. Em relação ao nível superior, o curso a abrir proximamente no ISCISA deverá decuplicar os técnicos nesta categoria, respondendo às necessidades actuais.

Actividades

- Formação de 400 profissionais na área de laboratório (230 básicos, 140 médios, 30 superiores – os últimos a serem formados pelo ISCISA no curso já programado) entre 2006 e 2010, em 8 cursos básicos, 5 médios e 1 superior.
- Parte dos curso de nível básico podem ser substituídos por programas de formação em trabalho dirigidos aos 66 microscopistas existentes com idade inferior a 40 anos
- Melhorar a distribuição de pessoal de laboratório com aumento de eficiência e produtividade

Medicina (tabela 41)

Não obstante o esforço empreendido desde a década '90, o número de TMs ficaram muito aquém do número planificado, sobretudo por falta de capacidades técnicas na maioria das IFs.

TM e TC, concebidos expressamente para os cuidados primários de saúde, serão componentes importantes do sistema, numa fase onde é necessário otimizar os escassos recursos clínicos existentes. A orientação exclusiva para este nível de provisão de serviços de saúde não permite a estes profissionais competir no mercado internacional e torna-os pouco competitivos mesmo nas grandes cidades do País. Assim, *garante-se a sua disponibilidade para o meio rural* onde é mais difícil a colocação de pessoal médio e superior. Por isso, os profissionais clínicos médios asseguram geralmente uma maior continuidade relativamente aos médicos em ambiente rural. Nos HdDs da SIDA os TM são indispensáveis para dar apoio e continuidade ao trabalho dirigido pelos médicos.

A categoria dos AM é caracterizada para ser uma das mais “jovens” do País. Os AM estão concentrados em grande medida *nas consultas de triagem, sobretudo na rede primária e secundária*. As perdas fisiológicas nos próximos 6 anos serão, portanto, reduzidas, mas o aumento previsto das consultas externas pelo impacto da SIDA (1,5 milhões)¹⁷⁴, deverá manter o empenho para a formação acelerada destes técnicos básicos.

Em 2010, ajustando o cômputo das equipas mínimas para um factor de 1,25, a necessidade de AM no SNS deverá andar à volta de 1250 e a de TM à volta de 750. Estima-se em pelo menos 50 profissionais as necessidades de TC (1 para cada HR ou HD com cirurgia, mais 12 como reforço e substituição).

Considerando que em muitas áreas rurais já se trabalha com cargas de trabalho excessivas e que o objectivo é aumentar o acesso aos serviços de saúde, estas projecções podem estar erradas por defeito.

Nos cursos de medicina houve *um declínio da capacidade docente* e do acompanhamento em algumas províncias a partir dos últimos 3-4 anos.

Actividades

- Formação de 1010 profissionais na área de medicina curativa (540 básicos, 450 médios) entre 2006 e 2010, em 20 cursos básicos e 16 médios e um curso de técnicos de cirurgia.
- Parte dos cursos iniciais de AM poderão ser substituídos com a formação em trabalho dos EB já formados, ou mesmo com curso de enfermagem básica conforme o interesse das DPSs.
- Os AM e os EB com experiência clínica poderão ser promovidos a TMs.
- Reforçar com médicos generalistas na docência e de gestores competentes.
- Reavaliar a duração do curso de nível médio à luz das novas competências requeridas para a clínica da SIDA.
- Criar condições para a ulterior capacitação clínica dos TM, por ex. promovendo a abertura de cursos de bacharelato em medicina. A vantagem deste tipo de curso (técnicos superiores de pediatria, etc.) é que não tendo equivalência no estrangeiro não comportam o risco de emigração dos técnicos formados.

ESMI (tabela 42)

Para além da sua área específica de trabalho ligada às *Maternidades*, a ESMI continuará a jogar um papel importante nos *cuidados preventivos, inclusivé o apoio técnico às parteiras tradicionais, às campanhas de vacinação e à vigilância nutricional*. A formação acelerada no sector de SMI provavelmente está solucionando as necessidades deste pessoal. Tratando-se de elementos geralmente jovens, as perdas por aposentação de ESMI de nível básico não serão muito elevadas.

Os cursos de SMI beneficiaram de *investimentos sensivelmente maiores* em relação aos outros cursos, graças ao apoio específico de alguns doadores. Houve boas garantias de financiamento e de apoio de assessores técnicos; o mesmo período da formação inicial foi mantido em 21 meses (para todos os outros cursos básicos é agora de 18 meses). Portanto, é presumível que a preparação técnica destes elementos seja melhor, em relação aos outros profissionais de nível básico. Neste momento, o padrão de qualidade dos cursos de SMI deverá servir como modelo para todos os cursos de formação de profissionais de saúde.

¹⁷⁴ PEN ITS/HIV/SIDA – Sector Saúde 2004-2008. MISAU/DNS, Maputo, 2004.

Por vezes (sobretudo no Norte), as ESMI são percebidas como “*as que se dedicam às consultas de pesagem e pre-natais*”, sem inclinação para as salas de parto, as que “*procuram entrar nos programas*”, ausentes frequentemente para participar em seminários e workshops. Este pessoal, em muitas circunstâncias, subordina-se mais ao próprio Programa do que ao sistema de saúde, porque têm benefícios que as diferenciam dos outros profissionais, chegando a ser consideradas e a se considerar como uma elite privilegiada. Nas zonas rurais menos desenvolvidas do País, onde é mais difícil colocar quadros básicos ou médios, *a parteira elementar ‘serve’ melhor o sistema*, é mais integrada e é considerada um quadro mais estável. Seria necessário mudar, pelo menos em algumas províncias nortenhas, as características sociológicas da enfermeira de SMI, a forma como estas profissionais estão inseridas no meio da população rural e como elas próprias entendem o seu papel no sistema sanitário, inclusivé as áreas de recrutamento para os cursos de formação.

O programa de SMI deverá, portanto, encontrar formas de *integração horizontal nos serviços de saúde*, abrangendo todos os funcionários que se dedicam às crianças, independentemente da carreira e categoria, subordinando as iniciativas de formação contínua às exigências de serviço e às prioridades das DPSs, evitando disponibilizar recursos – viaturas, fundos, etc. - não fungíveis fora da área de SMI.

O desenvolvimento positivo com as enfermeiras de SMI é a sua presença nas áreas rurais que neste último período *se desenvolveu a um ritmo muito mais elevado* do que na década 80 e 90, mostrando que o sector já está procurando as soluções correctas para os seus problemas.

Quadro 10. A “proibição” de formar quadros elementares em algumas províncias do Norte teria sido percebida como uma imposição do MISAU. Para evitar esta situação, dever-se-á: 1) delegar toda a formação básica à província, sem intromissões nem do nível central, nem de doadores que vinculem ofertas de financiamento a cursos particulares. 2) fazer uma revisão do curriculum da enfermeira SMI de nível básico, de forma a obter um quadro semelhante à parteira elementar por vocação e mentalidade, mas com conhecimentos mais substanciais. Devem-se considerar também as dificuldades de obter candidatas com a 10ª classe no Norte do País, que se candidatem para cursos básicos. Em conclusão, devem-se criar as condições para que seja a província a preferir cursos básicos em lugar de elementares, particularmente na área de SMI e obstetrícia.

O plano de formação tem em conta o crescimento progressivo da cobertura dos partos a nível da rede primária e secundária, considerando a necessidade de 30% de pessoal de SMI acima dos níveis previstos pelo DM 127/2002. A requalificação do pessoal (do nível elementar para o nível básico e deste para o nível médio), uma maior atenção aos cuidados maternos (na componente de assistência ao parto) e a redistribuição do pessoal desde os distritos urbanos até às USs rurais são estratégias já tomadas pelo sector. Conforme as projecções, há quase 500 PE com menos de 40 anos. Portanto, 300-400 seriam elegíveis para a promoção ao nível básico. Em relação aos HCs e HPs, o número de parteiras é também considerado a partir das cargas de trabalho.

Actividades

- Formação/promoção de 1500 novos profissionais na área de SMI (1150 básicas, 265 médias e 110 média-especializadas) entre 2006 e 2010, em 30 cursos básicos e 13-14 médios iniciais e especializados.
- O número de cursos de nível básico pode ser reduzido para 16, considerando as mais de 700 PE que continuarão activas até 2010.
- Parte das ESMI de nível básico deverá ser promovida para o nível médio.
- Uma parte das de nível médio deverão ingressar em cursos de especialização (ensino, saúde pública, gestão, cirurgia).
- Profissionais de SMI de nível médio deverão paulatinamente substituir as de nível básico nos HDs e HRs.
- A distribuição destes profissionais no meio rural deve ser monitorizada.
- Mais ESMI deverão ocupar cargos de responsabilidade (DDSs, DPSs), fora da sua área específica.

Medicina Preventiva (tabela 43)

O pessoal de medicina preventiva resume-se no nível básico e médio.

O pessoal médio apresenta uma idade relativamente avançada, denunciando o facto de que, em boa parte, é composto por AMP promovidos administrativamente. Outro facto significativo é que a esmagadora maioria dos TMP encontra-se *colocada nas capitais provinciais* do País e um número insignificante nos outros distritos.

Para revitalizar esta categoria, que poderia ter tarefas também na gestão dos serviços, recolha, análise e integração da informação estatística, planificação e priorização das actividades, seriam necessários *investimentos importantes*, sobretudo em recursos humanos e fundos para actividades de campo sobre aspectos de saúde pública.

Aparentemente, os AMPs dedicam-se quase exclusivamente às vacinações e descuram as outras tarefas de saúde pública que estão previstas no currículo. Dever-se-á responder à pergunta sobre as potencialidades reais que estes profissionais têm para uma *abordagem mais abrangente dos tópicos de saúde da comunidade*, no meio urbano assim como no ambiente rural, de forma a não criar expectativas que não seriam satisfeitas na prática. Estes quadros básicos poderiam também ser o *ponto de coordenação* no SNS para a miríade de trabalhadores comunitários, socorristas, APEs, voluntários da cruz vermelhas e outros.

Os AMPs deverão ser considerados os “*quadros da área de manutenção*” para a rede de saúde primária, no que diz respeito a pequenas reparações de motorizadas, geleiras a petróleo, painéis solares .etc. que, frequentemente se encontram avariados, sobretudo nas USs de pequenas dimensões. É evidente que, para o efeito, deverão dispôr de equipamento adequado.

A cobertura elevada das vacinações indicaria que não há necessidade de aumentar muito o número de AMP. Utilizando o DM 127/2002, somente 197 AMPs seriam necessários na rede primária e secundária e pouco mais em todo o sistema de saúde. Contudo, se apostarmos nos AMP para desenvolver tarefas mais amplas de saúde pública e comunitária, por exemplo, estimando a necessidade de um AMP por cada 5-6 USs, o número dos AMP a formar iria subir para cerca de 250.

Actividades

- Formação de 359 novos profissionais na área de medicina preventiva (245 básicos, 61 médios e 53 médio-especializados) entre 2006 e 2010, em 9 cursos básicos, 4 cursos médios e médio-especializados.
- Reavaliar a carreira de agente de medicina preventiva.
- Reforçar o corpo docente nas IFs com médicos com experiência de saúde pública.

Estomatologia (tabela 44)

O pessoal de estomatologia mantém-se bem aquém das necessidades, talvez porque o programa não tem muita visibilidade e não recolhe o apoio dos doadores. Os problemas dentários afectam quase a totalidade da população, em todas as idades, e os tratamentos acarretam riscos elevados de infecções (SIDA, hepatite, etc.) se não forem feitos com cuidados de assépsia. Por isso, deverão ser proporcionados os investimentos necessários para financiar a formação de agentes e técnicos de estomatologia.

Actividades

- Formação de 349 novos profissionais na área de odontoestomatologia (130 básicos, 188 médios, 31 especializados) entre 2006 e 2010, em 4-5 cursos básicos e 6-7 cursos médios e 1 de especialização. O SNS deverá contar também com mais 30 estomatologistas de nível superior.

Administração (tabela 45)

Uma parte do pessoal de administração é formado nas IdFs (administração hospitalar) e outra parte é contratado entre os profissionais administrativos da função pública ou de outras carreiras análogas. Há um

número elevado de carreiras administrativas com diferenças pouco significativas e não está clara a razão do diferente tratamento salarial entre os administrativos hospitalares e outros, visto que as tarefas são as mesmas. A grave carência de profissionais administrativos a todos os níveis (OC, DPSs, grandes hospitais) é devido, por um lado, à tradicional predominância dos médicos no sistema (todos os directores provinciais de saúde e a maioria dos principais responsáveis de nível central são da carreira médica) e, por outro, à falta de profissionais deste tipo no mercado e às dificuldades de contratação pelo MISAU dentro dos níveis salariais oferecidos pela função pública.

Quadro 11. A falta de economistas e administradores públicos experientes, competentes e em lugares de direcção, reflecte-se nas falhas técnicas da máquina administrativa, cria obstáculos ao estabelecimento de normas, procedimentos e regras de gestão eficazes e à utilização correcta e atempada dos recursos financeiros à disposição. Em sentido mais geral, dificulta o avanço do processo de reforma e descentralização e a instauração de um Estado eficiente. O MISAU está empenhado na formação de técnicos de administração de nível médio. As universidades privadas (ISPU) formam licenciados, sobretudo a partir de quadros médios do MISAU; estes cursos passarão a ser da responsabilidade do ISCISA; são oferecidos pelo MAE cursos médios e superiores de administração geral. Devem continuar a ser contratados no mercado técnicos superiores de qualidade, com o apoio de incentivos salariais a partir de fundos externos.

A falta de quadros superiores capazes de abordar e gerir a componente técnica do processo de reforma é um problema “transversal” no Aparelho do Estado e só poderá ser enfrentado enquanto tal.

As necessidades projectadas para esta carreira são de cerca de 1600 quadros, mais 500 dos já existentes. Entre estes, deverá haver cerca de 400 médios e 90 superiores ou médio-especializados. O número de cursos básicos e médios de administração de USs está em parte subordinado à capacidade de contratar pessoal administrativo proveniente das escolas de ensino geral.

Incluimos entre o pessoal administrativo os especialistas dos ramos informáticos e ligados aos vários sistemas de informação, assim como todo o pessoal de suporte nas carreiras de regime geral. Estes técnicos deverão crescer, em qualidade e número, nas mesmas dimensões previstas para os técnicos propostos à administração e gestão do sistema de saúde, em mais de 200% entre os licenciados (cujo número actual é muito baixo) e entre 35 e 62% em relação aos profissionais dos níveis médio e básico.

Em relação à componente de manutenção, dever-se-á avaliar em termos de custos a possibilidade de contratar empresas externas para tudo o que diz respeito às actividades de manutenção das instituições de saúde de dimensões médio-grandes. Em relação aos pequenos CS rurais tipo II, que ainda constituem a grande maioria das USs do SNS, a manutenção normal seria delegada, em boa parte, aos AMP.

Actividades

- De princípio, seria necessário absorver no MISAU/SNS cerca de 700 profissionais na área de administração (211 elementares, 319 básicos, 141 médios e 37 de nível superior). Deverão ser organizados 5 cursos de nível médio e 11 de nível básico entre 2006 e 2010. Contudo se uma boa parte dos administrativos necessários for recrutada a partir das instituições de formação geridas pelo MAE, os cursos realizados pelo MISAU poderiam ser reduzidos a, respectivamente, 2 de nível médio e 5 básico.

Outras carreiras de saúde. Técnicos especializados (tabela 46)

Outras carreiras de saúde são a de radiologia, medicina física e reabilitação. Cursos de especialização em instrumentação, anestesia, psiquiatria e oftalmologia: tais especializações só podem ser adquiridas através de

cursos residenciais. Em geral, o plano de formação deve deixar vagas e espaço para permitir a formação de enfermeiros e técnicos nestas categorias. Todos estes cursos deverão ser feitos a partir de profissionais de nível médio das carreiras de enfermagem e medicina. Deverá haver cursos para a substituição dos técnicos médios que ingressem neste grupo de especialidades..

Actividades

- Conforme as estimativas, deverão ser realizados 3-4 cursos de instrumentação e 3-4 cursos de anestesia entre 2006 e 2010.
- Deverão estar reservadas 6-8 vagas para cursos básicos ou médios de radiologia, medicina física e reabilitação, psiquiatria e nutrição.
- Dever-se-á negociar o enquadramento profissional e salarial com o MINED, de forma a consentir o reconhecimento do nível de técnicos médios especializados ou bachareis, eventualmente com oportunos ajustes aos currículos dos cursos de especialização.

Cursos de Formação Básica e Média 2006-2010

Tabela 47. Estimativa das necessidades. Cursos de nível médio e médio especializado, por carreira a abrir em 2006-2009

Carreira	Número cursos	Técnicos formados
Enfermagem	33	918
Enfermagem SMI	14	392
Medicina	16	448
Medicina Preventiva	4	112
Laboratório	5	140
Farmácia	8	224
Odontostomatologia	6	168
Administração	2	56
Instrumentação	3-4	99
Anestesia	3-4	98
Cirurgia	1	28
Outros	6	168
Total	102	2850

Tabela 48. Estimativa das necessidades. Cursos de nível básico, por carreira, a abrir em 2006-2009

Carreira	Número cursos	Técnicos formados
Enfermagem	52	1456
Enfermagem SMI		
Medicina		
Medicina Preventiva		
Laboratório	6	168
Farmácia	4	112
Odontostomatologia	5	140
Administração	5	140
Outros	3	84
Total	75	2100

Os HCs e HPs poderiam gerir autonomamente os cursos de formação do pessoal que precisam. Boa parte dos estudantes, provenientes das cidades, não precisam de internato. Os HCs e HPs poderiam contratar as IdFs para dispor das salas de aula e de parte do pessoal docente.

Quadros de Saúde Comunitários

(anexo 6, para uma análise pormenorizada da história e perspectivas dos APEs)¹⁷⁵

Em Moçambique, a formação de quadros de saúde da comunidade, após a fase optimista 1975-1985, tem passado pelos mesmos problemas e dificuldades que foram bem caracterizados a nível mundial¹⁷⁶. Em particular, ficou bem claro que:

- ✓ O programa dos Agentes Polivalentes Elementares (APEs) não funciona sem um adequado apoio de supervisão, abastecimento e formação em serviço,¹⁷⁷ o que significa, sem financiamentos adequados. Portanto, os trabalhadores comunitários de saúde não podem ser considerados 'de substituição', mas sim 'de reforço' ao SNS, chegando onde este ainda não tem capacidade e meios para prestar cuidados de saúde.
- ✓ O APE deve manter todas as competências clínicas que lhe são reconhecidas até ao momento, se quer ser respeitado e apreciado pela comunidade. O APE "é a farmácia comunitária".¹⁷⁸
- ✓ O APE deve ser retribuído.¹⁷⁹ Está fora de questão esperar que os APEs sejam retribuídos por iniciativa espontânea das próprias comunidades. A retribuição pode ser garantida ou directamente através da venda regulada dos medicamentos contidos no kit C e das consultas ou através de fundos provenientes das DDSs (receitas consignadas) ou das DPSs (OE). Cada uma destas opções tem vantagens e desvantagens e tem que ser avaliada em função dos critérios de acesso e equidade.
- ✓ O APE pode ser útil para apoiar as iniciativas promotivas e preventivas do MISAU (por ex., mobilização para campanha do PAV, distribuição de *condoms*), mas é provavelmente demasiado optimista considerá-lo como "agente de mudanças" de comportamento.
- ✓ O papel do APE pode ser eficaz nas áreas de acesso particularmente difícil às USs. Infelizmente, muitos APEs e trabalhadores comunitários não estão localizados racionalmente, sendo até, por vezes, encontrados nas USs como 'voluntários' que trabalham com o pessoal de saúde e o substituem quando este estiver ausente.
- ✓ O currículo do APE deve ser revisto e melhorado. Em perspectiva, a abolição da formação inicial de profissionais elementares poderá ser compensada por APEs, subsidiados e formados durante um ano, utilizando currículos actualizados, ampliados e melhorados.
- ✓ O relance do programa nacional dos APEs deve ser apenas considerado se houver financiamentos para tal. Actividades prioritárias em ordem cronológica seriam: 1) o recenseamento dos APEs ainda activos; 2) a revisão curricular; 3) a normatização das competências específicas, responsabilidades e papel do APE, inclusivé níveis, formas e proveniência da retribuição; 4) a organização do programa e a sua extensão a nível nacional com a formação e indigitação de responsáveis provinciais e distritais; 5) a formação contínua dos APEs existentes e activos, com base no novo currículo aprovado; 6) a formação de novos APEs, conforme a situação particular de cada distrito quanto à expansão da rede sanitária e à disponibilidade financeira existente (deverão estar garantidos a supervisão e o abastecimento regular).
- ✓ Sem um financiamento robusto ao programa dos APEs, não vale a pena conceber iniciativas de formação inicial. Melhor dedicar-se à formação em serviço dos APEs existentes e providenciar a sua remuneração.
- ✓ Deve-se também considerar a "popularidade" dos quadros de saúde elementares em relação aos APEs. Os técnicos elementares têm melhor escolaridade e formação. O facto de ser "pessoal do SNS" actua como um vínculo particularmente forte ao posto de trabalho. O seu custo é baixo em termos salariais e

¹⁷⁵ Critérios para o Relance do Programa Nacional dos Agentes Polivalentes Elementares. MISAU/DRH, Junho 2003.

¹⁷⁶ Walt G ed. Gilson L, Heggenhougen Knudsen T, Owuor-Omondi L, Perera M, Ross, D, Salazar L, Malins S, Walt G Community Health Workers in National Programmes, Just another pair of Hands ? Open University Press, Philadelphia, 1994

¹⁷⁷ Scuccato R, Aly F, Mucache D, Soares A. Avaliação do Desempenho dos Agentes Polivalentes Elementares – SDC MISAU, Maputo, 1994.

¹⁷⁸ Conforme J. R. Durão, Reunião sobre o Programa das Farmácia Comunitárias em Nampula, financiado pela SDC, MISAU, Maputo, 2001.

¹⁷⁹ Proposta de Política de Envolvimento Comunitário MISAU/DNS/DSC, Supervisor, M. Dgedge. Maputo, Abril de 2003.

as necessidades de supervisão e formação em trabalho acarretam custos inferiores aos dos programas análogos dirigidos aos APEs. Substituir os técnicos elementares existentes em muitos dos PSs (em particular, os que não serão reclassificados como CS rurais tipo II, prevendo-se a sua absorção na rede de saúde comunitária) seria, evidentemente, um retrocesso para a população e para os gestores dos serviços. A possibilidade de unificar APEs e enfermeiros elementares num único quadro técnico, com ênfase para a saúde da comunidade, com um tempo de formação não inferior a um ano, para toda a rede sanitária de nível “comunitário”, deverá ser tomada em consideração.

Médicos de clínica geral (tabela 41)

Este ano estão sendo formados 54 novos médicos, o número mais elevado da UEM desde sempre. A tendência dever-se-á manter para os próximos anos. Extrapolando a partir do número de estudantes agora na faculdade, prevê-se que a média de 55 novos médicos será mantida em 2005-6, aumentará para 90 médicos em 2007 e passará a 120 graduados por ano em 2008 e 2009, quando sairão também os primeiros médicos da UCB.

Em relação aos médicos necessários para a rede primária e secundária¹⁸⁰, embora existam grandes diferenças quanto a tamanho das USs, o número de 4 médicos por US do DM 127/2002 foi considerado válido como valor médio.

Considerando que o mercado privado não é muito favorável aos médicos generalistas recém-graduados, presume-se que a grande maioria destes médicos ingressará no SNS. Neste momento, há 345 médicos de clínica geral no SNS, mais algumas dezenas de expatriados. Tratando-se de uma força de trabalho maioritariamente jovem, a taxa de perdas estimada por aposentação é modesta.

Por sua vez, uma parte dos médicos de clínica geral entrará em cursos de especialização. Pode-se presumir que, em cada ano, uma média de 25-30 generalistas sairão deste grupo, o que significa 165 médicos em 6 anos. Outras perdas possíveis dependem da migração para o exterior. Tratando-se de uma fracção relativamente pequena da força de trabalho do MISAU, a sua monitorização não será difícil.

No total, ficarão pouco menos de 600 médicos de clínica geral, cobrindo 95% das necessidades teóricas do SNS. Médicos cooperantes poderão cobrir as vagas restantes. A capacidade do sistema em colocar médicos nas USs e distritos periféricos (pouco à sua disposição recursos em medicamentos e equipamento conforme o nível de qualificação), a expansão do programa do SIDA (que, conforme as projecções poderá absorver uma fracção substancial de médicos) e os moldes da sua organização determinará as necessidades finais em médicos generalistas do SNS. Por fim, há necessidades de reforçar as Instituições de Formação do País com médicos generalistas experientes (18), que, em boa parte, deverão ser contratados no estrangeiro.

Médicos especialistas

Até 2010, 34 médicos especialistas atingirão a idade de reforma. O *output* de médicos especializados nas escolas do País e no estrangeiro será de 34 em 2004, o recorde histórico para esta categoria. O ritmo de formação de médicos especialistas deverá abrandar em 2005 (25), 2006 (17), e 2007 (para um mínimo de 7 novos especialistas), e voltar a aumentar em 2008 e 2009 (35-40 por ano). Tais estimativas provêm dos médicos actualmente em pós-graduação e não têm em conta eventuais atrasos no período de formação. No total, são esperados 150 novos especialistas até 2010. Existe, portanto, a possibilidade de que a maioria dos especialistas estrangeiros seja substituída por nacionais.

O aumento do número poderá equilibrar a procura de especialistas no mercado privado, favorecendo a saída para os HPs, o HCB e o HCN através de esquemas salariais como o *topping up*.

¹⁸⁰ O Pessoal Médicos em Moçambique, Situação e Perspectivas. MISAU/DRH 2004.

Tabela 49. Médicos existentes e projecções, HCs e HPs. Conforme a DAM, Abril 2004.

US	Medicos existentes*		Proposta DAM 04-2004	
	especialistas	total médicos	especialistas	total médicos
HCM	143	238	-	-
HCB	37	49	48	48
HCN	23	30	41	41
HP Lichinga	5	11	13	18
HP Pemba	7	12	13	18
HP Tete	7	14	13	18
HP Quelimane	14	21	21	26
HP Chimoio	9	15	14	19
HP Inhambane	8	10	13	18
HP Xai-Xai	6	8	13	18
<i>Total sem HCM</i>	116	170	189	224
<i>Total geral</i>	259	408	-	-

* Fevereiro 2004. Fonte: DAM, DRH. Médicos Indianos contratados não incluídos. Neste momento (10-04) o número de médicos especialistas fora de Maputo deveria ter superado as 130 unidades.

A tabela 50 mostra qual seria o volume actual de actividade por especialista e por médico, caso o número destes fosse o preconizado pela proposta da DAM. Se consideramos as cargas de trabalho, seriam penalizados Chimoio e Tete.¹⁸¹ O HCM não está considerado porque o número de médicos é largamente suficiente e continua sendo o destino favorito dos médicos nacionais.

Tabela 50. Volume de actividades por número actual e projectado de médicos.

US	Proposta DAM 2004	
	especialistas	total médicos
HCM	-	-
HCB	47.743	47.743
HCN	33.013	33.013
HP Lichinga	52.922	38.222
HP Pemba	44.663	32.257
HP Tete	68.661	49.588
HP Quelimane	59.294	47.891
HP Chimoio	85.441	62.956
HP Inhambane	46.768	33.777
HP Xai-Xai	62.993	45.495
<i>Total sem HCM</i>	51.189	43.190
<i>Total geral</i>	-	-

Fonte: elaboração DRH. Explicações no texto

No plano para 2010, foi considerado um número global de 200 especialistas, com exclusão de Maputo, a cargo do orçamento do MISAU e/ou do PROSAUDE. Com este número deverão ser satisfeitas as necessidades mínimas nos HCs e HPs, considerando as projecções de Abril 2004 DAM (tabela 49). Os médicos deverão ser capazes também de apoiar a formação dos médicos em pós-graduação.

¹⁸¹ é indispensável uma revisão da informação estatística sobre as actividades dos hospitais para trabalhar com dados seguros. A avaliação nos HCB e HCN mostrou uma sub-estima das cargas reais de trabalho.

Poderiam ser contratados localmente outros especialistas pelos próprios hospitais, utilizando parte dos fundos obtidos com as Clínicas Especiais e explorando formas diferenciadas de contratação (por ex., em tempo parcial).

O número de especialistas necessários ao SNS está em função das capacidades técnicas (medicamentos, equipamentos) de hospitais de nível terciário e quaternário. Portanto, após ter preenchido as vagas nos 10 maiores hospitais do País, o seu total no sistema público deverá crescer a um ritmo mais lento nos anos seguintes a 2010.

Actividades

- As necessidades de médicos especialistas deverão ser monitorizadas todos os anos.
- Após ter garantido um número suficiente de especialistas nos sectores estratégicos, a carga de trabalho seja utilizada como critério para estabelecer as vagas de especialistas e médicos. Esta deverá ser mantida inferior às 45.000-50.000 unidades de atendimento (UAs) por especialista, por Hospital.
- Poderá haver emigração: este fenómeno deverá ser monitorizado.
- Uma eventual emigração de novos especialistas nacionais será compensada, mantendo a existente quota de imigrantes, sobretudo de Cuba, Índia, Nigéria e países do Leste da Europa.

Assistência Técnica aos OCs

É necessária a racionalização das despesas com a AT nos OCs, face às despesas avultadas desta componente. Contudo, não é possível, com a informação disponível, fazer um plano de necessidades da AT nos OCs. A AT deve ser também progressivamente descentralizada, de acordo com os objectivos da Reforma e para ficar mais próxima da prestação dos serviços. A presença de muitos técnicos expatriados actua como um factor inflacionário em relação aos vencimentos pagos à AT.

Actividades

- O pagamento de profissionais que aguardam a nomeação e dos médicos especialistas (despesas ligadas directamente à qualidade dos serviços), deve ser priorizado em relação à AT aos OCs.
- A partir da análise funcional de cada sector e sub-sector dos OCs, o Plano deve estabelecer o número e as funções que será necessário cobrir com AT contratada *ad hoc* para os próximos 5 anos, considerando as “perdas” estimadas e das necessidades adicionais.
- A AT expatriada deve ser mantida ao nível mínimo indispensável.
- A AT aos OCs deve paulatinamente diminuir, à medida que aumente a AT às DPSs e outras grandes instituições subordinadas do MISAU. Como tal, o número de assessores e consultores no MISAU e nas DPSs pode ser utilizado como um indicador indirecto da descentralização.

Objectivo Estratégico 2: Planificação Descentralizada dos Cursos de Formação Básica

A DRH/DF tem planificado e coordenado até ao momento a formação dos profissionais básicos. Graças ao aumento de capacidades técnicas em todas as IdFs do País, as 4 categorias fundamentais de nível básico (enfermeiros, enfermeiras de SMI, agentes de medicina curativa e preventiva) podem ser treinadas agora praticamente em todas as províncias. Estas podem melhor planificar as suas necessidades, de acordo com as circunstâncias e condições específicas. Portanto, os valores propostos neste plano em relação às 4 categorias básicas fundamentais são estimativas, susceptíveis de correcção pelas próprias províncias.

O plano dá ênfase particular à formação de nível médio. Fica com o MISAU/DF a tarefa de suportar as IdFs que ainda não possuem capacidades técnicas suficientes para tal nível, com o reforço do pessoal docente, bibliografia, meios, suporte na gestão, etc.

Actividades

- A formação do pessoal básico nas carreiras de AM, AMP, EB, ESMI, deve ser inteiramente delegada às DPSs, de forma a melhor adaptar-se às suas necessidades e responsabilidades.

Objectivo Estratégico 3: Avaliação e Formação dos Profissionais Técnicos de Saúde de nível Básico

O último estudo, que definiu as carreiras de nível básico envolvidas na prestação dos cuidados de saúde primários, nos moldes mantidos até agora, já tem 14 anos.¹⁸² O resultado foi a subdivisão em 4 áreas (medicina, medicina preventiva, enfermagem e saúde materno-infantil), que substituiu a concepção de um enfermeiro básico mais polivalente. Em seguida, foi considerado necessário inserir mais um quinto elemento: o agente de nutrição. Durante este tempo houve mudanças nos padrões epidemiológicos, surgiram novas necessidades de competências técnicas, diferentes dinâmicas nas relações de trabalho e novas políticas e estratégias. Os currículos foram revistos e adaptados várias vezes, frequentemente sem ter em conta as competências dos outros profissionais do mesmo nível. Assim, há áreas de sobreposição curricular. A escolaridade de ingresso aumentou para a 10ª classe e o tempo de formação técnica diminuiu, em geral, para 18 meses. Há tarefas que agora são exercidas por técnicos de nível médio. O panorama tem-se modificado. a questão se um *enfermeiro (ou agente) polivalente* seja mais eficaz do que quatro profissionais teoricamente complementares deve ser analisada. Deve-se considerar a possibilidade de dispor para a rede periférica de técnicos profissionais melhor formados, num período mais prolongado do que os actuais básicos; ao mesmo tempo, não se deve sub-estimar a dificuldade de colocar pessoal com qualificações mais elevadas (e portanto maior nível escolar) nos sítios mais remotos. Sem uma compensação retributiva adequada e oportunidades de carreira profissional, esta opção seria provavelmente condenada ao fracasso. A solução actual, mantida pelo DM 127/2002, tem a desvantagem de subdividir as tarefas entre muitos quadros, mas permite contar com profissionais de nível básico que podem ser colocados em ambiente rural com relativa facilidade.

Actividades

- Realizar um estudo sobre o papel e a qualidade do trabalho realizado pelo pessoal nas USs periféricas à luz das demandas dos serviços de saúde e das formas em que estes estão sendo prestados.
- Realizar uma análise dos factores de motivação que mantêm o pessoal nas USs periféricas, e dos factores sociais, económicos e antropológicos que caracterizam estes funcionários.
- Em relação ao pessoal básico já existente na rede dos CS II, dever-se-á estabelecer um plano de FC que permita a aquisição de melhores competências, de acordo com as necessidades reais, sem tirar o elementos do seu lugar de trabalho durante períodos prolongados. Por ex., o EB poderá trabalhar junto a clínicos de nível médio ou superior na US distrital durante uma semana de estágio, para melhorar a sua competência clínica, ou passar uns dias de estágio no sector da medicina preventiva. Maiores competências (e, eventualmente a promoção para o nível médio) do pessoal nas USs de nível primário, deverão ser acompanhada por uma maior disponibilidade e variedade de recursos (equipamento, medicamentos).

¹⁸² Avaliação dos Profissionais de Saúde de Nível Básico. MISAU/DRH 1991

Tabela 51. Plano de Formação 2005-10 (cursos de nível médio, médio especializado. e básico)

	Total Região Norte					Total Região Centro					Total Região Sul					Grande Total Nacional				
	Médio				Básico	Médio				Básico	Médio				Básico	Médio				Básico
	E	P	I	T	Total	E	P	I	T	Total	E	P	I	T	Total	E	P	I	T	Total
Cursos Nív. Médio Especializado																				
Esp. Em Ensino	1			1		1			1		0			0		2				2
Administração em Enferm.	0			0		1			1		1			1		2				2
Enf. Cuidados Intensivos	0			0		0			0		1			1		1				1
Enfermagem e HIV/SIDA	0			0		0			0		2			2		2				2
Total	1			1		2			2		4			4		7				7
Cursos Nív. Médio																				
Técnico de Anestesiologia		0	0	0			3	0	3			0	0	0			3	0		3
Técnico de Instrumentação		0	0	0			3	0	3			0	0	0			3	0		3
Enfermagem Geral		2	7	9			2	8	10			1	6	7			5	21		26
Enf. SMI C		3	5	8			1	5	6			0	5	5			4	15		19
Técnico de Medicina		3	6	9			1	7	8			0	4	4			4	17		21
Técnico de Medicina Prev		0	3	3			0	2	2			0	4	4			0	9		9
Técnico de Farmácia		0	2	2			0	4	4			1	3	4			1	9		10
Técnico de Laboratório		0	3	3			0	4	4			1	3	4			1	10		11
Técnico de Estomatologia		0	0	0			0	3	3			0	2	2			0	5		5
Técnico de Psiquiatria		0	0	0			0	0	0			1	0	1			1	0		1
Téc. Administr. Hospitalar		0	1	1			0	0	0			0	2	2			0	3		3
Téc. Nutrição		0	0	0			0	0	0			0	1	1			0	1		1
Téc. Med. Física e Reab.		0	0	0			0	0	0			0	1	1			0	1		1
Técnico Radiologia		0	0	0			0	2	2			0	0	0			0	2		2
Téc. Acção Social		0	0	0			0	0	0			0	1	1			0	1		1
Total		8	27	35			10	35	45			4	32	36			22	94		116
Cursos Nív. Básico																				
Enfermagem Básico					10					20					16					46
Enf. Saúde Materno Infantil					8					16					12					36
Agente de Medicina Geral					8					11					6					25
Agente de Medicina Prev.					3					4					5					12
Agente de Farmácia					0					4					1					5
Agente de Laboratório					0					3					2					5
Agente Estomatologia					0					2					3					5
Agente de Administração					1										0					1
Total					30					60					45					135
Grande Total				36	30				47	60				40	45				123	135

O Plano Anual de Formação para o 2005 foi aprovado no Conselho Coordenador de Saúde do presente ano com os seguintes totais de cursos

- ✓ Cursos de nível médio especializado : 01
- ✓ Cursos de nível médio promoção : 01
- ✓ Cursos de nível médio inicial : 15
- ✓ Cursos de nível básico : 19 (Inclui o curso de Agentes de Nutrição que iniciará excepcionalmente em Nov. '04)

Além destes cursos será necessário de realizar mais 102 cursos de nível médio¹⁸³ (o curso de Técnicos de Cirurgia actualmente é de nível superior cujos resultados se verificarão a fins de 2006), e mais 75 cursos de nível básico.

Em conclusão o número global mínimo de cursos necessários a iniciar e/o concluir no período de 2005 – 2010 é de 119 cursos de nível médio (especializados, promoção e iniciais), e 94 de nível básico.

A carreira de Enfermagem, de ambos níveis de formação, é a predominante no contexto da necessidades identificadas.

Nível Médio (Especializado, Promoção e Inicial)

A capacidade da rede de formação responderá com certas limitações iniciais de qualidade às necessidades de formação formuladas para o próximo quinquênio (119 cursos de nível médio). O cálculo observado com um rendimento operacional logístico e docente de 100% permite a realização de 123 Cursos de Nível Médio (7 de Especialização, 22 de Promoção e 94 de condição Inicial).

Pode-se observar que 17,8% das formações de nível médio serão efectuadas na modalidade de cursos de promoção. Para melhorar a rentabilidade destes cursos, o Departamento de Formação deverá efectuar a revisão dos currículos de formação, com apoio dos programas de assistência, e concentrar a formação no treinamento específico que estabelece a diferença entre as categorias de básico e médio. Consequentemente, será factível diminuir o tempo de formação para um ano lectivo, diminuindo assim o período de ausência na sede ou unidade sanitária de proveniência.

O apoio dos programas de assistência, quer clínicos ou preventivo promocionais, refere-se a concretizar as normas claras e específicas de atendimento por nível de atenção, de modo a permitir a definição pontual e detalhada do perfil profissional e limites de acção do técnico de saúde em cada área temática.

Os programas de formação inicial dos técnicos de saúde incluem aspectos relacionados ao HIV/SIDA: epidemiológicos, clínicos, preventivos em geral e outros de especificidade de acordo com o âmbito de acção do técnico respectivo: saúde materna (transmissão vertical entre outros), farmácia (antiretrovirais), laboratório (análise, banco de sangue), etc.. Contudo, para satisfazer as necessidades da gestão e treino nos cuidados intrahospitalares dos doentes com HIV/SIDA e doenças oportunistas, formula-se a necessidade de contar com pessoal especializado.

A criação de uma Especialização de Enfermagem nesta área permitirá uma melhor organização e funcionamento das enfermarias e serviços oferecidos no hospital para estes pacientes.

Factores condicionantes como as políticas e estratégias de descentralização (PDRH '01 - '10), as necessidades de recursos de nível médio, e a política de desenvolvimento institucional (crescimento institucional logístico e técnico da rede de formação), tem condicionado o inicio da formação de nível médio nos Centros de Formação indigitados originariamente para a formação básica.

No presente ano os CFS de Chimoio, Inhambane e Tete, iniciaram este processo de formação média. Nos próximos dois anos, os CFS de Pemba e Chicumbane iniciarão este nível de formação. No fim da década, 90% das principais Instituições de Formação estarão a formar técnicos de nível médio.

O crescimento técnico da rede de formação permitirá compensar em forma sustentável uma provável diminuição de cursos deste nível no ICS de Maputo.

No processo de formação inicial, a aprendizagem das habilidades técnicas na sede hospitalar é um passo fulcral para a consolidação do “saber fazer” do novo técnico de saúde. É nesta fase em que a responsabilidade de uma boa qualidade de formação é compartilhada com o utilizador, assim sendo, a projecção de um bom atendimento do paciente ou cliente servirá de reflexo imediato para o comportamento profissional posterior. Portanto, o treinamento e a actualização técnica das equipas críticas de prestação de cuidados de saúde, sobre tudo nos campos de estágio, deverá decorrer com similar importância que a formação inicial assim como o apetrechamento dos serviços.

¹⁸³ Ver Página

A elaboração de manuais e instrumentos de aprendizagem das habilidades técnicas será outras das necessidades urgentes para uma formação de qualidade.

Nível Básico

A planificação proposta implica a formação de técnicos básicos das três carreiras principais nas IF de cada Província: Enfermagem Básico, Enfermagem de Saúde Materno Infantil e Agentes de Medicina Geral. A formação de Agentes de Medicina Preventiva será de âmbito regional considerando o número relativamente menor de cursos solicitados nesta área (total de 8, tabela 51 e Anexos).

Posterior a consolidação académica das IF na formação das três o quatro carreiras acima citadas, segundo o caso, paulatinamente a definição da planificação e realização dos cursos deste nível passará a ser da responsabilidade da DPS, com a limitação de não ultrapassar a cota de recursos humanos a serem absorvidos por cada província evitando formações excessivas. Uma racional distribuição e utilização destes técnicos a nível provincial e distrital condicionará a real identificação de necessidades e prioridades de formação, e a conseqüente substituição dos quadros elementares.

A capacidade da rede de formação para formar os quadros deste nível (135 cursos) ultrapassa largamente o número de cursos solicitados (94 cursos), mas devemos ter em conta que 22 cursos médios serão desenvolvidos na modalidade de cursos de promoção cuja fonte de alimentação de candidatos são os técnicos básicos existentes, portanto o déficit inicial aparente da modalidade de promoção fica resolvido no contexto da presente planificação quinquenal.

Descentralização e Regionalização da Planificação da Formação

Na planificação actual da formação, pretende-se a descentralização da mesma de modo que num futuro mediato cada Província forme seus próprios quadros, de nível básico principalmente, como exemplo verifica-se a formação de Enfermagem de SMI que actualmente realiza-se em todas as Províncias. Isto implica de que as DPS deverão ter uma maior participação no processo de formação na alternativa de garantir uma adequada qualidade de formação dos seus próprios quadros técnicos, assim como também garantir a coordenação atempada no contexto da planificação financeira para a absorção do pessoal formado.

A formação de quadros de nível médio deverá obedecer a uma planificação baseada nas necessidades regionais. Na região norte as Instituições de Formação de Nampula e Pemba serão as responsáveis pela formação deste nível para a região. Para as outras regiões, as escolas de saúde formarão quadros médios em determinadas especialidades (Farmácia, Laboratório, etc.), além das carreiras comuns: Enfermagem Geral, Enfermagem de SMI C ou Técnicos de Medicina.

Problemática da Formação Elementar

A melhoria da qualidade de prestação de serviços passa necessariamente pela melhoria do processo de formação. É uma realidade indiscutível que a cobertura das unidades sanitárias periféricas e longínquas é resolvida pela presença de quadros elementares, quer enfermeiros ou parteiras. Nesta óptica de operacionalizar estas unidades é que algumas DPS continuam ainda hoje a formação deste nível, independentemente da qualidade de formação, a qual muitas das vezes passa também a ser “elementar” em vez de ser efectuada com o maior rigor considerando que o técnico elementar trabalhará isolado e sem apoio técnico.

As estratégias do Departamento de Formação para promover o redireccionamento da planificação e realização da formação elementar para básica tem contemplado:

- a) revisão e actualização curricular com diminuição do tempo de formação para 18 meses,
- b) orientações para o inscrição e exames de admissão a nível distrital para facilitar o recrutamento local,
- c) planificação da distribuição de vagas para formação num contexto regional ou local,
- d) financiamento dos cursos básicos de recrutamento local,

O desenvolvimento do País, o aumento do índice a escolaridade¹⁸⁴, inclusive a nível rural, permite contar com candidatos de proveniência rural em número suficiente para os cursos de saúde, facilitando a posterior colocação destes quadros nas unidades sanitárias periféricas e longínquas. A “tradição” de que os técnicos elementares são aparentemente os únicos que podem ir a estas US longínquas deve ir mudando paulatinamente conforme sejam formados e graduados a nível provincial um maior número de técnicos básicos.

Embora a planificação e realização da formação de nível elementar seja de responsabilidade da província, devemos lembrar que esta decorre na Instituição de Formação provincial ocupando a capacidade logística e sobretudo docente da mesma, e inclusive verifica-se superlotação dos campos estágios em prejuízo de ambas formações.

Orçamento do Plano de Formação para os Cursos Médios e Básicos

O calculo efectuado contempla todos os itens requeridos para uma adequada formação: gastos de alimentação e alojamento dos estudantes, pagamento de docentes eventuais e assessores técnicos, quando necessário, subsidio dos estudantes, aquisição de material de escritório, textos, material clínico e cirúrgico para as aulas práticas intrainstitucionais e no campo de estágio, transporte dos alunos e docentes para as sedes de estágio, etc..

Tabela 52. Duração e custo dos cursos programados

Tipo de Curso	Duração em meses calendário	Custo aprox. em USD	Número de Cursos ***	Subtotal USD
Básico	18	\$ 80.600	95	7.657.000
Básico	20	\$ 89.600	17	1.523.200
Básico EAD*/ **	12	\$ 22.000	4	88.000
Médio Promoção**	18	\$ 84.800	8	678.400
Médio Promoção**	12	\$ 56.600	14	792.400
Médio Inicial	30	\$ 134.000	90	12.060.000
Médio Especializado**	18	\$ 84.800	3	254.400
Médio Especializado**	12	\$ 56.600	4	226.400
Grande Total				23.279.800

* Número de formandos: 10 por curso ** Não inclui salários *** Necessidades de formação

A soma de \$ 23.279.800 USD garante a implementação do Plano de Formação Quinquenal equivalente a 119 cursos de nível médio (especializado, promoção e inicial), e 116 cursos de nível básico (94 identificados mais 22 de substituição dos cursos médios modalidade de promoção).

Principais Constrangimentos

Capacidade de Gestão Financeira

- ✓ Foi citado no inicio do documento a fraqueza da gestão administrativa na maioria das IF. A falta de coordenação da equipa directiva e a fraca capacidade técnica do pessoal responsável do manejo financeiro são as principais causas. Contudo, soma-se um outro factor que corresponde a chegada tardia dos fundos, dificultando a execução de actividades independentemente da planificação efectuada com prejuizos significativos para o desenvolvimento dos cursos.

Um dos riscos de que os fundos que garantem o desenvolvimento dos cursos sejam geridos através do Fundo Comum Provincial poderá ser precisamente a falta de prioridade para a Instituição de Formação quanto a distribuição da chegada irregular e tardia da disponibilidade financeira.

¹⁸⁴ MINED

Capacidade Docente

- ✓ O desenvolvimento das Instituições de Formação em geral, e para a formação de nível médio em particular não só corresponde ao crescimento da infraestrutura física, a peça chave é a equipe docente de qualidade.
O processo ideal de formação deve ser levado a cabo por técnicos de maior nível que aquele que se pretende formar. Perante a ausência ou falta destes, aceita-se que o docente tenha como mínimo o mesmo nível de formação académica. Ainda assim é necessário o treinamento contínuo dos docentes na área técnica e pedagógica.
Existe falta de pessoal tecnicamente qualificado em número suficiente para a realização dos cursos médios, sobretudo nas áreas de Farmácia, Laboratório, Medicina e Medicina Preventiva. A gestão pedagógica dos cursos requiere de pessoal técnico da área a tempo inteiro. Algumas propostas colocam a possibilidade de trabalhar com os técnicos colocados nos hospitais, esta prática é factível para o desenvolvimento de disciplinas específicas ou de especialidade, mas não é satisfatória para o acompanhamento pedagógico integral do curso, nem inclusive para o treinamento pré-profissional.
- ✓ Supervisores de Estágio insuficientes quantitativa e qualitativamente, problema de longa data que paulatinamente está sendo resolvido a medida que se graduam um maior número de técnicos médios. Ainda assim, não é suficiente a presença deste pessoal na sede de estágio, é necessário um desempenho proficiente que sirva de exemplo para os formandos, e principalmente a vontade de partilhar / ensinar conhecimentos e habilidades clínicas aos estudantes.
- ✓ O apoio do pessoal assistencial na docência das habilidades clínicas é fundamental e não deve estar supeditada a compensação económica considerando que a actividade é efectuada durante a execução de funções técnicas no centro de trabalho ofertado e remunerado pelo Estado. Contudo a Instituição de Formação, caso de contar com capacidade financeira, pode estabelecer incentivos económicos adicionais ou de outro tipo, dentro das normas existentes, que permitam a aproximação e maior dedicação do pessoal assistencial no processo de ensino.
- ✓ O apoio com AT para docência a tempo inteiro em relação aos cursos de nível médio deve ser proposta ao financiamento da Cooperação Internacional: de princípio, médicos de clínica geral, licenciados em enfermagem, especialistas em gineco-obstetria, pessoal superior na área de laboratório, odontostomatologia, farmácia para um total de 30 profissionais durante 4-5 anos. Os custos globais poderiam rondar a volta de USD 5,4 em 5 anos, não estando contabilizados nas despesas com o pessoal (tabela 53).
- ✓ Os cursos de laboratório, estomatologia, farmácia, medicina física e reabilitativa deverão ser custeados de forma diferente dos outros, pelas despesas em materiais e equipamentos que comporta.

Capacidade Logística

- ✓ Falta de material e instrumental para treinamento nos campos de estágio.
- ✓ Falta materiais didáticos : modelos, manequins em algumas IF

Programas de Formação

- ✓ Ausência de uma definição clara de normas atendimento por nível de prestação de cuidados de saúde, de responsabilidade dos programas verticais, que permita estabelecer os parâmetros de formação técnica para cada nível.
- ✓ Quando emitidas novas normas ou material de informação científica para divulgação ou treinamento dos diversos programas verticais, estas não são comunicadas para o Departamento de Formação, nível central, com excepção do Programa de AIDI.

Além da elaboração dos programas de formação, o DF tem a responsabilidade de manter actualizados tecnicamente aos docentes das diversas áreas, por tanto, a urgencia da comunicação das normas citadas

deberia ser contemplada como uma actividade de rotina, permitindo ao estudante conhecer as normas actualizadas dos programas nos quais trabalhará.

- ✓ Dinâmica de interrelação com a comunidade: o estágio rural constitui parte do programa de formação, é a sequência final onde os alunos geralmente deslocam-se para uma Unidade Sanitaria distante da Instituição de Formação, pode ser um Hospital Rural ou um Centro de Saúde de complexidade, mas os estudantes limitam-se a desenvolver actividades intra-hospitalares e o seu contacto com a Comunidade fica reservado ao recinto da US.

Há carreiras que pela sua especificidade não require de uma maior interrelação com a Comunidade (p.e. Laboratorio), outras pela sua envergadura e polivalência (Saúde Materno Infantil, Medicina Geral), a comunicação, interrelação e mobilização para a participação da comunidade em actividades inerentes a saúde devem ser a componente fundamental deste estágio, com maior ênfase nesta fase de divulgação de medidas preventivas no contexto de luta contra o HIV/SIDA.

Perspectivas de Desenvolvimento Institucional da Rede de Formação

Infraestrutura Física

Instituto de Ciências de Saúde de Maputo

Actualmente o ICSM constitui a principal escola de formação de nível médio no País. Com o inicio do funcionamento do ISCISA¹⁸⁵, a capacidade logística irá diminuindo paulatinamente a medida que são abertos novos cursos nessa Instituição Superior.

De acordo com o plano de expansão da rede de formação de saúde, serão construídas novas instalações para o funcionamento do ICSM na área do Hospital Psiquiátrico de Infulene com apoio do Banco Islámico de Desenvolvimento. O novo Instituto deverá abrir portas em 2007 com uma capacidade logística ligeiramente diminuída em 15-20%, portanto a capacidade de formação a nível nacional poderá manter-se sem muitas alterações, com o apoio das outras IF.

As alternativas formuladas numa eventual diminuição da capacidade de alojamento é a realização de cursos locais e/ou pós-laborais, estes últimos dependendo da área técnica (farmácia, laboratório, etc.) podem ser desenvolvidos ainda no período da tarde para as práticas pré-profissionais.

Instituto de Ciências de Saúde de Quelimane

ICS Quelimane iniciará em 2005 a construção de um novo edificio para a escola com capacidade para 9 turmas, tanto em sala de aulas assim como alojamento. A infraestrutura actual, parcialmente continuará a ser utilizada como Instituição de Formação para ambas modalidades : formação inicial e continua. Ainda a pesar da existencia do Centro de Reciclagem, a vantagem do Instituto é de estar situado no perimetro geográfico hospitalar, e a amplitude das suas instalações facilita a selecção imediata como local para treino dos provedores de cuidados de saúde.

Em resumo o ICSQ irá a aumentar a sua capacidade logística de formação, portanto dever-se-á prever o crescimento do corpo docente qualitativa e quantitativamente. De acordo com os convenios existentes a Instituição de Formação contará com apoio técnico da JICA.

Programa de Capacitação Contínua dos Directivos e Docentes

- ✓ Continuidade do Programa de Capacitação em Gestão para directivos das IF
- ✓ Colocação de quadros docentes nas IF
- ✓ Capacitação técnica pedagógica aos docentes e supervisores de estágios
- ✓ Capacitação técnica especializada em coordenação com os programas respectivos
- ✓ Recrutamento de docentes expatriados (Cuba)
- ✓ Assistència técnica específica e pedagógica geral

¹⁸⁵ O ISCISA utiliza a infraestrutura física do ICSMaputo

- ✓ Troca de experiências a nível das Instituições de Formação

Projeção e Custos do Pessoal em 2010

A tabela 53 mostra as projecções do pessoal do MISAU/SNS para 2010 conforme o plano das necessidades descrito nos parágrafos anteriores, o impacto salarial a preços constantes de 2004 (sem considerar eventuais aumentos reais dos salários). As despesas com os salários aumentarão devido ao crescimento esperado do pessoal (para enfrentar o aumento da demanda de serviços provocado pela SIDA) e pela remodelação da pirâmide do pessoal, com aumento relativamente maior da fracção no topo (quadros licenciados e médios)¹⁸⁶

Tabela 53. Plano de Recursos Humanos. Custos projectados para 2010 (salários a preços constantes 2004)

Carreira	Encargo anual da categoria	Encargo anual médio por funcionário		No funcionários	% da despesa salarial	% No total dos funcionários
		MZM	USD			
Específica de Saúde						
Médica Hospitalar fora de Maputo	167.819.723.237	839.098.616	36.000	200	13,6	0,7
Médica Hospitalar/Saúde Pública	52.392.152.180	227.791.966	9.773	230	4,2	0,8
Médica Generalista	107.273.319.903	177.958.394	7.635	603	8,7	2,2
Superior de Saúde N1	34.104.810.886	148.190.267	6.358	230	2,8	0,8
Superior de Saúde N2	10.793.365.578	106.244.799	4.558	102	0,9	0,4
Técnica Esp. de Saúde	43.139.765.939	66.368.569	2.847	650	3,5	2,4
Técnica de Saúde	259.430.487.845	51.061.460	2.191	5081	21,0	18,7
Assistente Téc. de Saúde	262.912.758.911	31.568.174	1.354	8328	21,3	30,6
Auxiliar Técnica de Saúde	32.998.248.727	21.903.718	940	1507	2,7	5,5
Geral						
Técnica Superior N1	39.855.404.306	111.962.380	4.803	356	3,2	1,3
Técnica Superior N2	8.626.779.565	76.495.310	3.282	113	0,7	0,4
Técnica Profissional	23.382.373.926	46.572.806	1.998	502	1,9	1,8
de Assistente Técnico	21.604.270.584	24.076.902	1.033	897	1,7	3,3
de Auxiliar Administrativo	23.769.388.910	21.098.517	905	1127	1,9	4,1
de Agente de Serviço e Operário	148.788.976.321	20.481.647	879	7265	12,0	26,7
<i>Total</i>	1.236.891.826.817	-	-	27189	100	100

O custo dos salários dos médicos especialistas colocados fora de Maputo foi calculado conforme os parâmetros médios utilizados para contratação dos especialistas estrangeiros (USD 3.000 mensais, incluindo a habitação).¹⁸⁷ Dentro da força de trabalho teórica por categoria necessária foi considerado o pessoal 'doentio' (8% do pessoal geral com capacidades de trabalho reduzidas de 50%), mais uma parte do pessoal em idade de aposentação. A partir das estimativas globais do pessoal agora existente no MISAU que em 2010 deverá chegar a (ou superar) a idade da reforma, foi estimado que somente 50% sairá definitivamente do sistema de saúde tendo expletado os tramites administrativos necessários. Os restantes 1263 funcionários (48% serventes ou operários) continuará recebendo os seus salários mensais pelo Orçamento da Saúde. Considera-se, por fim, que não obstante as actividades de FC para promover o pessoal elementar, ainda 800 profissionais básicos serão substituídos nas suas tarefas de trabalho pelos correspondentes técnicos elementares. Não está incluído o pessoal da AT aos OCs, que deverá diminuir nos próximos anos, sendo substituído por profissionais nacionais, particularmente nas carreiras de administração e economia.

¹⁸⁶ Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos 2001-2010, MISAU, Maputo, Mozambique, 2001.

¹⁸⁷ Entre este pessoal não está computado a despesa com a AT julgada necessária para o reforço da capacidade docente das Ifs em relação aos cursos de nível médio: cerca de 30 médicos generalistas e outros profissionais experientes de nível superior

Conforme o plano (que considera também os cursos em desenvolvimento e os já programados para 2005), nos próximos 6 anos e meio os elementares diminuirão de 28%, os básicos aumentarão de 53%, os médios de 127%, o aumento dos quadros superiores não médicos será de 350% (partindo de um número inicial muito baixo), o dos médicos generalistas de 76% e o dos especialistas (pagos pelo OE) de 118%. Em termos absolutos o aumento maior será praticamente o mesmo entre os técnicos médios (+2844) e os básicos (+2913) embora se aceite que, na realidade 800 básicos potenciais serão ainda profissionais elementares.

A despesa global com o pessoal, em salários a preços constantes 2004 e sem aumentos, será de 52,7 milhões de USD em 2010. Acrescentando as “outras despesas com o pessoal,” nas proporções actuais (13% das despesas com o pessoal), mais o custo adicional ligado às funções de chefia e direcção (3% de despesa com os salários), o envelope financeiro necessário seria de 62,2 milhões de USD, o que representa cerca de 35,3% mais do que será gasto em 2005 conforme a proposta de orçamento do Governo. A diferença seria menor (na ordem de 29,2%) se no cômputo forem compreendidos também os fundos destinados pelo PROSAUDE ao topping up e AT nos hospitais (2,2 milhões USD em 2004).¹⁸⁸

Se as despesas com o sistema de saúde crescessem na mesma proporção, o Sector deveria receber em 2010 um valor adicional de 92,8 milhões de USD (a preços constantes 2004). Contudo, a melhoria generalizada do nível dos prestadores dos serviços de saúde implica um aumento de custos (infraestruturas: habitações para o pessoal, reabilitação das USs, da rede dos laboratórios e das radiologias; equipamentos e medicamentos), que, provavelmente, será maior, estimando-se, prudentemente, na ordem de 40-50% (105-132 milhões de USD acima do financiamento previsto para 2005; o total geral seria de quase 400 milhões de USD).

Se o investimento estiver limitado ao pessoal, sem um aumento porporcional das despesas com infraestruturas, equipamento e medicamentos, o resultado será uma utilização ineficiente de recursos humanos melhor formados, tendo a disposição meios e materiais que poderiam ser utilizados, quase com a mesma eficácia, por profissionais de níveis inferiores, a custos inferiores e sem desperdício de competência profissional.

O cenário financeiro, que estará traçado pela GM em prosseguir na política do PARPA investindo no Sector Saúde, pela disponibilidade de fundos externos a partir de várias iniciativas multi e bi-laterais, e, do lado contrário, pelos factores macro-económicos que impõem um limite à despesa pública são, portanto, fundamentais para estabelecer um plano de acção definitivo que permita uma melhoria real da qualidade dos cuidados de saúde e das condições de acesso. As implicações para o sucesso dos MDG e dos vários programas do MISAU em relação à SIDA, malária, tuberculose, MM e MI estão claras. Mas também as formas de canalização dos fundos e as reais capacidades de gestão do MISAU/SNS para gerir um orçamento que poderá aumentar substancialmente no próximo quinquênio, jogarão um papel decisivo. A ênfase que o plano dá ao reforço da componente administrativa e de gestão e o foco nos aspectos da reforma procuram acompanhar esses desenvolvimentos.

¹⁸⁸ No caso em que os fundos sejam mantidos nas mesmas quantias em 2005.

Área de gestão

Capacitação dos gestores

O Plano proposto implica um aumento substancial de recursos financeiros e o seu uso eficiente. A necessidade de dispor de competências adequadas na área de gestão e planificação é assunto que envolve, portanto, todo o Sector Saúde, não ficando limitado à área de RH.

Nos últimos anos, houve diferentes iniciativas de formação contínua para o pessoal de gestão, que interessaram centenas de técnicos. Não obstante este trabalho intensivo, a falta de capacidade de gestão dentro do MISAU é considerada um dos principais obstáculos ao desenvolvimento do sector. Compreender e ter em conta as causas desta situação contraditória é importante para desenhar, no futuro, intervenções mais eficazes. Algumas explicações que foram dadas estão a seguir reportadas:

- Muitos esforços foram feitos para dotar de melhores competências técnicas quadros individuais. Contudo, mesmo óptimas capacidades, num ambiente não propício, ficam inutilizadas e são perdidas rapidamente.
- Poucas iniciativas tomaram em conta as iniciativas precedentes. De cada vez, se parte da estaca-zero. Parece que os neófitos da formação em gestão em Moçambique pensam ter a metodologia correcta e subestimam o valor das experiências dos predecessores. Assim, experiências preciosas são perdidas, e proliferam as repetições. Modelos pré-desenhados foram introduzidos do topo, sem nenhuma adaptação local. Isto na lógica de projectos pensados e actuados por docentes externos, com escasso conhecimento da realidade local.
- Não há avaliação das iniciativas de formação.
- A falta de uma estratégia de desenvolvimento institucional de longo prazo significa que muitas iniciativas foram introduzidas fora de qualquer linha de acção e não foram mantidas ao longo dos anos. Poucas são as iniciativas que duraram períodos suficientemente extensos para permitir a materialização e consolidação dos benefícios esperados. Poucas iniciativas tomam em conta explicitamente os incentivos positivos e negativos funcionantes no sistema e não procuram soluções para utilizá-los ou alterá-los na forma desejada.¹⁸⁹

A formação contínua em gestão deverá, portanto, enquadrar-se dentro da própria estratégia de desenvolvimento institucional. Deve-se actuar tornando mais funcional o ambiente e os mecanismos de gestão:

- i) Partir da normativa existente.
- ii) Procurar e definir as condições que provocam distorções no sistema.
- iii) Propôr alterações oportunas dos regulamentos.
- iv) Formar e supervisionar as equipas e não os técnicos isolados.
- v) Manter o seu seguimento (supervisão, revisão ao longo dos anos com base nos mesmos critérios). O uso de formadores internos previamente formados, mas com uma boa experiência local, é crítica ao sucesso das iniciativas de formação.
- vi) Conduzir a formação em gestão a nível provincial e distrital usando abordagens práticas, por resolução de problemas, a intervalos anuais. A nível de distrito, sugere-se a metodologia de trabalhos orientados no sentido dos “*District team problem-solving*”, para os gestores locais.

Reforço dos sistemas de gestão: integração dos programas verticais

Considerando que muitas iniciativas (por ex. o GFATM), são concebidas numa lógica de *selective primary health care*, torna-se oportuno desenvolver análises de funcionamento e eficácia dos programas verticais e dos princípios que os guiam (por ex. DOT) e inquéritos sobre as potencialidades de integração (em relação, por ex., a pontos de entradas comuns para os medicamentos ARV e anti-TP). Os inquéritos deverão envolver os responsáveis nacionais e provinciais dos sectores.

¹⁸⁹ Pavignani et al 2002, cit.

Objectivo Estratégico 4: Maior eficiência na Gestão do Pessoal

Uso da informação para gestão e colocação do pessoal e FC

Os objectivos gerais do PARPA e dos MDGs, que apontam para uma maior equidade, o nível de actividades notificados, o impacto esperado sobre o Sector Saúde devido à epidemia de SIDA, irão guiar a colocação de pessoal, sobretudo de nível médio e superior, nas diferentes províncias e distritos de Moçambique. A distribuição do pessoal deverá ser monitorizada e comparada com as dimensões e tipologia das USs, condições de acesso (taxas de coberturas), cargas de trabalho e indicadores de prevalência do SIDA. Trata-se, portanto, de encontrar um compromisso aceitável entre as exigências de equidade (medidas pelos indicadores de acesso) e as de eficiência (medidas pelos indicadores de actividade).

A distribuição do pessoal entre as províncias deverá tender a uma maior equidade, sobretudo em relação à distribuição dos técnicos de nível médio e superior. A situação actual penaliza não só o Norte, mas também províncias do Sul como Gaza e Inhambane.

Na perspectiva da descentralização e delegação dos poderes de decisão, as DPSs devem monitorizar a situação dos recursos humanos, e decidir autonomamente revisões do PDRH, no que se refere à província. Para tal, será necessário capacitar as DPSs para uma gestão efectiva dos RH, que vá para além da simples administração rotineira do pessoal e da recolha da informação para os níveis de decisão superiores.

A análise das actividades e produtividade do pessoal, utilizando indicadores como as cargas de trabalho por US, conforme a metodologia sugerida pela OMS,¹⁹⁰ deve constituir o instrumento-chave. As DPSs são o nível mais apropriado para integrar a informação proveniente dos distritos, entre actividades (SIS) e pessoal (SIP), com o nível de detalhe (US) necessário. As avaliações da carga de trabalho feitas em Sofala e Nampula mostraram que as necessidades de pessoal são maiores (e com tendência ao crescimento), do que se podia ter calculado usando os modelos previstos pelo DM 127/2002, mas que também podem ser obtidos ganhos de eficiência transferindo uma parte do pessoal de USs com baixo nível de actividade para outras mais superlotadas de doentes.

A meta final é o uso mais produtivo e eficiente da força de trabalho^{191 192}. As cargas de trabalho devem ser, contudo, utilizadas com o necessário bom senso e nos limites de qualquer instrumento de planificação. Por ex., quando se decide a abertura de um novo serviço, valem critérios de equipas mínimas, de acordo com o DM 127/2002; geralmente não é oportuno confrontar USs de nível diferente, ou enfermarias do mesmo hospital, onde a intensidade dos cuidados necessários ao doente são diferentes; PSs e CS rurais tipo II respondem também a outros parâmetros, tais como a extensão da área de referência e o número dos habitantes servidos; existem factores de oportunidade política que não podem ser facilmente eliminados. A integração de toda a informação disponível, vinda da análise da produtividade, das características demográficas da população servida pelas diferentes USs, dos resultados das supervisões, dos planos de expansão da rede sanitária, deverá permitir uma gestão mais eficaz da força de trabalho do SNS.

Os sectores delegados à gestão dos RHs deverão crescer quantitativa e qualitativamente.

Actividades

- Capacitar as DPSs para uma gestão efectiva dos RHs que ultrapasse a simples administração rotineira do pessoal e a recolha da informação para os níveis de decisão superiores; em particular:
 - ✓ Colocar pessoal de administração pública com qualificação médio-superior nas DPRHs

¹⁹⁰ Shipp JP, Workload Indicators of Staffing Needs (WISN): a Manual for Implementation, WHO, Division of Human Resources Development and Capacity Building, Geneva, 1998.

¹⁹¹ Visita de supervisão e recolha de informação sobre os Recursos Humanos em Nampula (gestão, administração, formação). 13-21 Setembro de 2004. MISAU/DRH, Setembro 2004, Maputo. em folhas excel estão disponíveis exemplos de uso da informação sobre a produtividade do pessoal realizados em Nampula e Sofala (sociosanitario.drh@teledata.mz).

¹⁹² Relatório da visita de trabalho na Província de Sofala. MISAU/DRH, Julho 2004, Maputo.

- ✓ Capacitar às DPSs para a monitorização dos RHs e delagar a capacidade de decisão quanto a revisões do Plano de RH pelo que se refere à província.
- ✓ Dotar as DPSs de instrumentos de trabalho (sistemas informáticos) e competências para o seu uso eficiente, de forma a permitir a integração e o cruzamento dos dados existentes quanto a pessoal, formação contínua e actividades por US.
- ✓ Capacitar os DPRHs em metodologias para avaliar a produtividade do pessoal (a partir das UAs, por nível e tipo de US) e a carga de trabalho por US e por categorias de pessoal, de forma a melhor definir critérios de colocação e distribuição do pessoal.
- ✓ Realizar actividades de formação em trabalho, ao longo dos primeiros anos de implementação do plano, que compreendam a capacitação no uso dos *softwares* e a escolha e distribuição de materiais e artigos técnicos, de forma a facilitar a participação das próprias DPS no debate internacional (artigos, análises das experiências nas outras províncias e nos países da região).
- ✓ Integrar as repartições provinciais de FC nos DPRHs. A informação sobre as actividades de formação contínua deverá ser parte do ficheiro do SIP e estar continuamente actualizada, de modo a permitir a planificação da área: categorias de técnicos a formar, prioridades de formação, tópicos, métodos e instrumentos, custos.
- Monitorizar a nível central a distribuição dos profissionais de nível médio e superior entre as províncias (e não as 3 macro-regiões, Norte, Centro e Sul) do País.

Cobranças ilegais

As “cobranças informais” são o resultado de uma privatização *de facto*, que já abrange a maioria dos trabalhadores de forma desregulada. A situação acaba por privilegiar funcionários em determinadas áreas críticas (por exemplo, o pessoal da farmácia); uma prática tão generalizada não pode ser enfrentada com a mera repressão (nem existem meios para tal).

A solução poderia passar por uma progressiva transformação das cobranças ilegais em cobranças legais, com redistribuição dos benefícios económicos entre todo o pessoal, aproveitando da experiência das Clínicas Especiais do HCM. As normas para tal deverão ser adaptadas à situação local. Por outro lado, dever-se-á punir rigorosamente os abusos mais graves, de forma a os trabalhadores compreendam que o Estado não pretende renunciar às suas prerrogativas de âmbito judiciário.

A disponibilidade de quadros de direcção melhor formados, mais experientes e carismáticos e o reforço das competências jurídicas a nível das DPS, poderão melhor implementar a normativa penal prevista pela Lei.

Onde não for possível obter lucros através das cobranças ilegais, existem outras formas de “compensações económicas”; muitos quadros clínicos de medicina e de enfermagem, por exemplo, fazem consultas domiciliárias, utilizando os recursos farmacêuticos da própria US. Práticas como as consultas domiciliárias estão tão generalizadas, que já não é possível voltar atrás com a simples repressão. Melhor é regulamentá-las evitando os abusos.

Administração do pessoal

Objectivo Estratégico 5: Maior Eficiência na Administração do pessoal

Deve haver um inquérito que esclareça a situação e defina os nós de estrangulamento relativos às aposentações dos funcionários, definindo claramente as responsabilidades da situação entre DPRHs, DPPFs e os próprios funcionários e estabelecendo procedimentos para uma actuação normalizada. Uma parte dos funcionários, em idade de reforma, que queiram continuar no activo, poderão ser reciclados e trabalhar nos GATVs, como, aliás, já está acontecendo. Pode ser necessário fazer a revisão das normas, estabelecendo limites etários após os quais a reforma deve ser compulsiva..

A publicação e distribuição de panfletos contendo direitos e deveres dos funcionários do MISAU deve ser institucionalizada a nível nacional. A melhoria do quadro de efectividade do SIP permitirá prever quantos funcionários irão aposentar-se nos próximos anos.

Embora visitas periódicas de avaliação e supervisão nos distritos sejam necessárias, o que importa mais é montar serviços rotineiros estatísticos mais eficientes.

A revisão do processo de nomeação do pessoal é assunto mais geral, que deve ser enfrentado no processo de Reforma do Sector Público e do Sistema Nacional de Saúde.

Actividades

- Fazer um inquérito sobre os nós de estrangulamento relativos às aposentações
- Estabelecer procedimentos para a actuação da normativa
- Institucionalizar a distribuição dos panfletos sobre os direitos e deveres dos funcionários do MISAU/SNS
- Fazer visitas periódicas de avaliação e supervisão às DPSs a partir da DRH.

Informação

Em relação ao SIP, há, neste momento, *uma duplicação do sistema de informação do pessoal (para o MPF e para o MAE) cada um com problemas, o que complica o trabalho dos funcionários e não traz vantagem alguma para o sistema.* Como solução provisória, nos últimos meses, a DRH começou a promover pragmaticamente a consolidação e informatização do sistema de informação baseado nas folhas de efectividade.¹⁹³ Assim, a base de dados que as DPSs utilizam para as suas próprias estatísticas e enviam aos OCs é redigida a partir das folhas de efectividade usadas pelas DPPFs. Tal solução constitui um passo em frente para o sector dos RH, e pode garantir uma informação de boa qualidade, se se mantiver a sistematicidade e homogeneidade na recolha dos dados entre as DPRHs.

Contudo, a solução final é adoptar um sistema único. O papel da UTRESP seria reconciliar os dados sobre o pessoal, usados para o fundo de salários, com os dados do SIP, mantendo um sistema unificado para gestão do pessoal.

Uma melhorar a coordenação com o MPF, através de uma melhor informação sobre o pessoal efectivo/contratado, permitirá estabelecer limites correctos no orçamento, para as despesas com o pessoal.

Emigração dos profissionais de saúde

O movimento para o exterior deve ser mantido sob observação,

Se houver tendências ao aumento dever-se-ão tomar medidas adequadas, como o aumento dos estudantes em formação e períodos de serviço obrigatório no sistema público, após o curso, como compensação pelo investimento feito pelo Estado, dada a gratuidade dos cursos.

Estrategicamente, é correcto incrementar a formação de quadros técnicos “não globalizados”, pelo menos fora do continente, como os técnicos de medicina curativa, preventiva e cirurgia.

Actividades

- Desenvolver um sistema de registo que permita ao MISAU monitorizar a emigração de profissionais de saúde. A base de dados deverá incluir os profissionais que abandonam o serviço e os com intenção de emigrar.
- Em relação aos médicos especialistas, manter a contratação de médicos estrangeiros, dentro das modalidades existentes, como mecanismo de compensação.

¹⁹³ Tratando-se de uma folha *excel*, não é difícil acrescentar novas especificações que permitam uma melhor definição da força de trabalho conforme os parâmetros desejados.

Gênero

Objectivo Estratégico 6: Presença mais equitativa de homens e mulheres em todos os níveis e categorias

A participação feminina nos cursos fora da área de SMI deve crescer. Contudo, não se deve esquecer que muitas vezes o problema está a montante, devendo ser resolvido pelo MINED (diferentes condições de acesso escolar para meninas, sobretudo na região Norte). Portanto, os programas de envolvimento das meninas no ensino secundário e a expansão deste tipo de escolas no meio rural e no Norte do País deverão ser monitorizados.

Por fim, não se deve esquecer que os cursos de SMI beneficiaram de condições geralmente melhores em relação aos outros, devido aos investimentos dos parceiros. As ESMI também têm provavelmente melhor acesso a actividades de FC. Numa perspectiva de gênero, estes factores deverão ser corrigidos.

Actividades

- As jovens devem ser encorajadas activamente e seleccionadas para ingressar em cursos médios e nas carreiras que implicam maiores responsabilidades (TM, TC, TMP etc.).
- Procurar maior equidade entre os gêneros a todos os níveis hierárquicos do MISAU/SNS.
- Monitorizar indicadores gerais, tais como:
 - ✓ A percentagem de mulheres e homens no MISAU/SNS.
 - ✓ A percentagem de mulheres e homens por nível e categoria,
 - ✓ A percentagem de mulheres e homens com funções de chefia e direcção (sobretudo aos níveis mais elevados),
 - ✓ A percentagem de estudantes dos dois sexos nos cursos de formação inicial, fora da área de SMI.

Gestão do HIV-SIDA entre os RH de Saúde

Objectivo Estratégico 7: Minimizar o Impacto do HIV/SIDA entre o Pessoal da Saúde

A política do MISAU já reconhece a prioridade de acesso ao TARV aos profissionais de saúde, o que faz sentido em termos éticos e de custos-eficácia, sob pena de perda de técnicos experientes para o sector. Propõe-se, portanto, o “*objectivo 0*”, significando “zero perdas por SIDA entre o pessoal do SNS”.

Importa agora, “romper o muro de silêncio”, no sentido de mudar a percepção que os trabalhadores de saúde e o público em geral têm em relação à SIDA. Há sinais promissores: já aparecem indivíduos que não escondem o seu estado de seropositividade e falam abertamente (isto também entre o pessoal de Saúde). O MISAU deverá, por um lado encorajar uma atitude pública, aberta e solidal em relação ao HIV/SIDA, e, por outro, proteger ao máximo o direito à privacidade. Para tal, é fundamental o papel exemplar e público das autoridades da Saúde e do Estado. Estes devem mostrar a sua atitude positiva perante o teste, submetendo-se a ele, de forma pública, nos CSs.

O exemplo dos que superam a crise existencial determinada pelo conhecimento de estar infectados pelo vírus, enfrentaram com racionalidade e coragem a sua condição e acabaram melhorando o seu estado de saúde deve ser exaltado e proposto como modelo de comportamento. Não faz sentido falar, nesta fase, do problema da estigmatização e enaltecendo a confidencialidade e o secretismo como um objectivo *per se*.

Nas grandes e médias USs deve haver o registo dos óbitos (por causa) e dos doentes entre o pessoal, de forma a obter dados actualizados, numa altura em que uma crescente proporção de profissionais HIV-positivos entrarão nos estádios clínicos da doença, ao longo dos próximos anos.

Actividades

- Indigitar elementos de referência (supervisores de enfermagem, clínicos mais velhos, profissionais formados em aconselhamento), para dar apoio psicológico aos profissionais HIV-positivos, garantir a privacidade, planificar as acções sucessivas e, se for o caso, dar acesso ao TARV. Estes elementos deverão colocar-se à disposição (por ex. tornando público o número de cell) dos que têm dificuldades em abrir-se sobre o seu estado.
- Estimular os técnicos de saúde HIV-positivos a associar-se, de forma apoiar-se reciprocamente, encorajar os que escondem de si próprios a sua situação e zelar para que todos os colegas vivendo com HIV-SIDA cumpram com as normas gerais de tratamento.
- Sensibilizar o pessoal sobre a necessidade do teste e, conforme o caso, do *follow up* e do TARV dos HIV-positivos através acções de FC.
- Deixar a alternativa de fazer a si próprios o teste HIV aos funcionários que não aceitem submeter-se ao teste no laboratório, vista a facilidade na execução do teste HIV.
- Fazer inquéritos periódicos sobre as causas de óbitos, (informações de rotina, que compreendam uma distinção por sexo, grupo etário, carreira e nível e causas gerais: óbitos por acidentes e causas naturais), para estimar o impacto do HIV/AIDS sobre a força de trabalho e ajustar o plano de formação de acordo com os resultados.
- Monitorizar o absentismo por doença, para identificar as suas causas, quantificar o impacto do SIDA sobre a produtividade e estabelecer medidas a todos os níveis.

O número de profissionais de saúde em TARV deverá ser monitorizado anualmente em cada HdD e comparado com os dados sobre os óbitos estimados por AIDS.

Programas Nacionais, MDG e pessoal

Objectivo Estratégico 8: Recursos Humanos em Número Suficiente e com Conhecimentos Correctos e Actualizados em relação aos Programas Prioritários

Iniciativas no âmbito do PEN (HIV/SIDA)

Evidentemente que para o PEN ter sucesso, todo o pessoal de saúde deverá estar envolvido nas actividades de prevenção, promoção de comportamentos sexuais seguros, diagnóstico clínico e tratamento profilático e curativo das IOs. O envolvimento em actividades de formação contínua sobre o SIDA é, portanto, particularmente importante para o pessoal de saúde com tarefas clínicas e preventivas afecto em *todas as USs do SNS*, especialmente onde não for prevista no futuro próximo a abertura de serviços específicos contra o SIDA.

As implicações das SIDA para os RH podem ser assim resumidas:

- 1) Cálculo das perdas determinadas pelo SIDA na força de trabalho e das necessidades em termos de formação inicial.
- 2) Estratégia nacional para reduzir o impacto do SIDA entre os trabalhadores do MISAU (prevenção e tratamento).
- 3) Cálculo das necessidades de quadros técnicos para as redes integradas, sua formação e implicação em termos de crescimento da força de trabalho.
- 4) Formação contínua sobre as características do vírus, mecanismos de transmissão, diagnóstico e tratamento do SIDA para todo o pessoal de Saúde, conforme o papel e o nível de cada um. O Plano de Formação contínua elaborado pela DF/DRH em 2002, que se tornou parte do PEN, e cujo custo foi estimado em cerca de 11 milhões de USD durante 5 anos, deverá ser considerado prioritário.
- 5) Formação contínua específica sobre o SIDA em relação aos trabalhadores afectos aos serviços de luta contra o SIDA, principalmente os Hospitais de Dia e os GATV.

A utilização de pessoas experientes, vivendo com HIV-SIDA e em tratamento, como ponto de ligação entre os serviços e os doentes em TARV permitirá manter o recrutamento de profissionais de saúde em limites mais modestos do que os projectados nas tabelas 4 e 5, com menores diferenças entre os cenários A, B e o cenário C (pág. 29 e 30).¹⁹⁴

Programa Nacional da Malária e RH

As implicações do Programa dizem respeito à formação inicial de pessoal técnico, sobretudo clínico e de nível médio e básico e à sua colocação em todas as USs do País. Fundos devem ser destinados para a FC, em coordenação com as DPSs e as repartições provinciais de FC.

Garantir que as populações interpretem os sintomas de malária, e utilizem correctamente a auto-medicação, sensibilizar a população sobre as vantagens das pulverizações com DDT, realizar acções de saneamento do meio, difundir o uso apropriado das redes impregnadas, são acções que pressupõem a formação em trabalho do pessoal na rede periférica, em particular, técnicos básicos, elementares e pessoal comunitário.

Não descurar, também, a necessidade de fundos e actividades que abranjam o pessoal colocado no sistema de informação.

Maternidade Segura

Mantém-se a prioridade em relação à formação da enfermeias de SMI (ESMI), sua promoção técnica para o nível médio, e a construção/reabilitação e equipamento das maternidades. Contudo, é necessário investir nas salas de operações, nos laboratórios e nos bancos de sangue (quer dizer, no conjunto dos serviços), e, portanto, no diferente pessoal envolvido (técnicos de cirurgia, instrumentação, anestesia, medicina, laboratório, farmácia).

A maioria das actividades de supervisão deverá ser descentralizada para as DPSs, criando-se capacidades para tal.

Programa da Tuberculose

Uma forte componente do plano é a gestão e contratação do pessoal (mais de 20% considerando salários e custos indirectos). Trata-se, portanto, em larga medida de assuntos “horizontais” que deverão ser enfrentados a montante do Programa específico de Luta contra a Tuberculose.

O aumento progressivo de Redes Integradas para a Luta contra o SIDA poderá produzir um número significativo de doentes em tratamento anti-tuberculose, a ser gerido pelos mesmos serviços, podendo-se obter uma maior eficiência, mas devendo-se integrar os sistemas de informação. Conforme os parâmetros de equidade, os investimentos para o aumento da cobertura deverão privilegiar as províncias do Centro (excluindo a Cidade da Beira) e do Norte.

Dinâmicas laborais e política de motivação do pessoal

Objectivo Estratégico 9: Desenvolver o Sistema de Incentivos para Melhorar a Motivação dos Funcionários de Saúde

Política salarial

Conforme a UTRESP, a melhoria dos serviços está ligada directamente ao aumento da motivação do pessoal técnico, através do aumento salarial, em particular em relação aos quadros dirigentes (política da

¹⁹⁴ Scaling Up HIV/AIDS Care: Service Delivery & Human Resources Perspectives. WHO, Geneva, 2004.

descompressão salarial)^{195, 196, 197}. A proposta é justificada pelos limites financeiros impostos à despesa pública, em particular aos salários, que impedem um aumento substancial dos salários para todas as categorias dos funcionários públicos. Esta lógica pode ser eficaz em alguns ministérios (por ex. o MPF) onde evitar a perda de quadros superiores para o sector privado é o desafio maior para o sistema, mas não é apropriada em relação a um ministério com o tamanho, complexidade e abrangência do MISAU/SNS. De facto, os serviços de saúde primários são prestados por funcionários de nível elementar ou básico. Por fim, a concorrência do mercado privado lucrativo no Sector Saúde é importante sobretudo para os médicos especialistas, que constituem uma categoria à parte, quanto a fontes de remuneração.¹⁹⁸

As possibilidades de melhoria salarial podem ser, de facto, entravadas também pela expansão em termos numéricos dos funcionários públicos (cerca de 10.000 novos ingressos previstos para 2005,¹⁹⁹ o dobro das previsões de 2002²⁰⁰).

Actividades

- Monitorizar anualmente o poder de compra dos salários reais do pessoal da saúde. Os níveis salariais deverão ser mantidos e, possivelmente, melhorados, aproveitando dos mecanismos presentes e buscando novos.
- Regularizar a situação dos funcionários do Estado quanto a direitos salariais ligados às progressões e promoções no sistema de carreira vigente. Para tal, deve-se calcular a necessidade financeira actual e as implicações no futuro.
- Definir mecanismos de incentivação equitativa, justa e sustentável para o pessoal da Saúde, com base nas propostas sugeridas no parágrafo seguinte.

Incentivos

Nos parágrafos a seguir há um leque de propostas de incentivos, que poderão ser discutidos nos próximos anos e entrar, pelo menos parcialmente e conforme melhor oportunidade, no orçamento do sector. Foram considerados o actual perfil dos salários, as propostas de reforma, as questões da distribuição do pessoal e a necessidade de incentivar a colocação dos profissionais de saúde nas áreas periféricas, a política do MISAU em relação à construção de habitações, a contratação de médicos especialistas expatriados e nacionais através do *topping up* e as ideias recolhidas entre os trabalhadores de saúde, pelas próprias DPSs, num inquérito nacional que teve lugar em 2001.

A maior parte dos fundos poderão ser disponibilizados pelo OE, outros por *focal donors* bilaterais e ONGs a operar nas Províncias; a sua gestão poderá envolver, em alguns casos, ONGs e outras agências privadas contratadas para o efeito.

Dentro do OE, parte dos fundos necessários deverão ser incluídos no capítulo “pessoal”, alguns como “custos de investimento” e outros nos “gastos correntes”, sob a alínea “manutenção”. Algumas propostas podem parecer pouco realistas, contudo, foram incluídas porque ajudam a compreender a mentalidade e ambições do pessoal da saúde.

Os objectivos, vantagens e desvantagens e impacto financeiro estão discutidos no parágrafo. Os temas tratados são:

¹⁹⁵ Reforma Salarial (VIII Reunião do CIRES) UTRESP, Maputo, Outubro 2002. A CIRES é o órgão interministerial deputado à apresentação ao Parlamento das propostas de Reforma do Sector Público.

¹⁹⁶ Reforma Salarial: Opções Políticas de Médio Prazo UTRESP, Maputo, Janeiro 2002

¹⁹⁷ Como nota Myers /ref. 15), nos documentos da UTRESP, quando se comparam os níveis salariais com os do mercado privado, não se tem em conta os subsídios que o sector público oferece (habitação, uso de veículos etc.). O mercado privado em saúde, existe, na realidade só para os médicos especializados, um número extremamente exíguo de enfermeiros que trabalham nas áreas urbanas e poucos quadros especializados. Pelo pessoal restante, o mercado privado alternativo é constituído pelas ONGs.

¹⁹⁸ Se considere também a análise por Dal Poz e Machatine, 1999.

¹⁹⁹ Projecto de Lei do Orçamento do Estado para o Ano 2005. Governo de Moçambique Maputo, Cit.

²⁰⁰ Myers B. Preparation of a Medium Term Salary Reform Policy. Prepared for UTRESP. August, 29, 2003. PDRH 2001-2010, anexo ao PESS 2001-5, MISAU, Maputo, 2001.

1. a *manutenção do topping up* para os médicos especialistas nacionais que trabalham fora de Maputo. O esquema permitirá substituir paulatinamente os estrangeiros pagos pelo FC (sem diminuir os custos para o sistema)
2. a atribuição de um benefício análogo para os médicos especialistas que trabalham em *regime de exclusividade no HCM* e de incentivos monetários para os médicos que seguem o estágio dos graduandos em pós-formação médico-cirúrgica, a fim de limitar a saída destes técnicos para o sector privado. A condição é a renúncia a qualquer forma de actividade privada. A pré-condição é a regulamentação das Clínicas Especiais do HCM. Uma parte dos lucros das Clínicas Especiais seria destinada para o efeito, sem sobreccarga de custos para o SNS.
3. A promoção de condições para os *médicos de clínica geral* em situação de isolamento nos distritos que os estimulem a manter-se actualizados profissionalmente (aquisição de computadores, instalação de E-mail, etc.). Em contrapartida, os médicos deverão assegurar uma presença mais contínua na sede de colocação, a ser adequadamente monitorizada.
4. A *revisão do bónus especial* para os licenciados, de forma a permitir uma diferença mais substancial entre os salários dos médicos colocados em Maputo e nas outras urbes e os colocados nos HRs e HDs.
5. A situação dos profissionais de saúde de nível médio, básico e elementar que trabalham em *situação e áreas de isolamento*. A atribuição de um bónus especial aos técnicos de nível elementar, básico e médio que trabalham nas US mais periféricas e que iria beneficiar 5.700 profissionais de saúde de todos os níveis e categorias. De princípio, a revisão do bónus de isolamento ou de outras gratificações com esta finalidade, poderia ser sustentada pelo OE.
6. A distribuição equitativa do *bónus de almoço*, para todo o pessoal, a compensação da perda de valor dos salários.
7. A revisão do *subsídio de risco*, o que iria comportar um custo adicional para o OE.
8. A possibilidade de instituir um *incentivo de desempenho*. Isto, a nível nacional, parece prematuro, considerando as fracas capacidades de garantir uma supervisão e avaliação sistemática, a todos os níveis e em todas as regiões do País.
9. A atribuição problemática dos fundos para *assistência social e familiar*, que deverá ser resolvida pelo MISAU junto aos outros sectores do Estado envolvidos no assunto (MAE).
10. A perspectiva de garantir *créditos* para os profissionais de saúde, sobretudo em relação à compra da própria habitação e para desenvolver actividades no sector agrícola. Para tal, poderão ser instituídos créditos nas províncias, e contratadas agências para sua utilização.
11. Os planos para garantir uma *habitação* condigna ao pessoal que trabalha no campo (quer dizer, com disponibilidade de energia eléctrica). Para tal, deverá haver o empenho de garantir a sua manutenção e reposição nos anos vindouros. Foi considerado o custo de um programa para a construção, nos próximos anos de 140 habitações geminadas e a instalação de 200 sistemas de *paneis solares* (para US e casas geminadas de trabalhadores). Foram estimados os custos de manutenção através do OE. A política de habitação do MISAU foi considerada à luz dos fundos para investimento. A necessidade de dispor de um *"Gabinete Técnico de Obras"* nas DPC foi enaltecida.
12. A atribuição de *telefones celulares* para o pessoal do Banco de Socorros, o pessoal de urgência e outro pessoal crítico.
13. A possibilidade de garantir *bolsas de estudo* para os filhos dos trabalhadores colocados em áreas rurais, eventualmente com o apoio das instituições de formação.
14. Uma contribuição para *renda de casa* a técnicos de saúde, calculada em benefício de 600 profissionais de saúde, de nível básico, médio e superior.

Análise sumária dos custos das propostas de incentivos²⁰¹

No anexo 7, há um resumo das propostas

²⁰¹ Preços 2004.

Bónus Especial

A tabela 55 contém uma proposta para modificação do bónus especial, que melhore a situação salarial dos profissionais de nível superior, médio e básicos, afectos aos CSs rurais. Realça-se a necessidade de evitar que a caída do poder de compra deixe os prestadores dos cuidados de saúde primários cada vez mais próximos do limiar da pobreza. O nível elementar foi incluído por razões de equidade e em consideração do impacto financeiro mínimo.

Como aproximação, os PSs, CSs rurais tipo II e I foram incluídos no grupo 4, os HRs e HDs no grupo 3, as USs da Cidade de Maputo no grupo 1, as USs restantes no grupo 2. Em relação aos médicos o que importa é, sobretudo, aumentar progressivamente a diferença de bónus oferecidos entre os afectos aos grandes hospitais urbanos e os nos distritos rurais, que, neste momento, é insignificante e torna-se negativa devido às diferentes possibilidades de exercício da profissão privada.

Com base nas premissas, foi calculado o custo adicional para o SNS (tabela 58), tendo em conta o aumento do bónus proposto (tabela 56), a rede existente e as equipas-tipo (tabela 57) e o valor salarial intermédio por cada categoria do pessoal por classe e escalão.

Tabela 54. Critérios de pagamento do bónus especial a partir do salário base. 2004.

Bónus especial	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
Superior	75%	90%	100%	120%
Superior, não médico	60%	70%	80%	100%
Bacharel	40%	50%	60%	80%
Médio e médio especializado	30%	40%	50%	60%
Básico e elementar	0%	0%	0%	0%

Tabela 55. Proposta de Modificação do bónus especial

Bónus especial	grupo 1	grupo 2	grupo 3	grupo 4
Superior	75%	90%	<i>150%</i>	*
Superior, não médico	60%	70%	80%	100%
Bacharel	40%	50%	<i>80%</i>	80%
Médio e médio especializado	30%	50%	<i>75%</i>	<i>100%</i>
Básico	0%	0%	<i>25%</i>	<i>50%</i>
Elementar	0%	0%	<i>20%</i>	<i>40%</i>

Tabela 56. Aumento previsto nos bónus especiais, conforme proposta da tabela 55

Bónus especial	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Superior	0	0	<i>50%</i>	*
Superior, não médico	0	0	0	0
Bacharel	0	0	<i>20%</i>	0
Médio e médio especializado	0	0	<i>25%</i>	<i>40%</i>
Básico	0	0	<i>25%</i>	<i>50%</i>
Elementar	0	0	<i>20%</i>	<i>40%</i>

* Não é oportuna a colocação de quadros superiores a um nível tão periférico, nem está prevista pelo DM 127/2004

Tabela 57. Cálculo aproximado das equipas médias necessárias, por tipo de US

Tipo de US	No US	Equipas				Total técnicos			Totais	Grupo
		elem.	básico	médio	superior	elem.	básico	médio		
PS	291	1	0	0	0	291	0	0	291	grupo 4
CS rural tipo II	591	1	2	0	0	296	1182	0	1478	
CS rural tipo I	125	2	7	1	0	281	844	125	1250	
HDs	40	2	11	8	2	60	440	300	800	grupo 3
HR	32	3	27	22	4	96	872	712	1680	
Total	1079	8	47	31	6	1024	3338	1137	5499	

Tabela 58. Custo aproximado adicional após o aumento do bónus especial, por categoria e nível

US	Total técnicos				Totais	Grupo
	elem.	básico	médio	superior		
PS	85.563	0	0	0	85.563	grupo 4
CS rural tipo II	86.886	633.769	0	0	720.656	
CS rural tipo I	82.697	452.405	71.317	0	606.419	
HDs	8.821	117.960	106.976	113.838	347.595	grupo 3
HR	14.114	935.105	253.889	242.854	1.445.961	
Total	278.081	2.139.240	432.181	356.692	3.206.194	

A tabela 58 foi construída a partir do custo médio do salário base por cada categoria de profissionais de saúde, multiplicado pelas necessidades mínimas conforme o DM 127/2002 por US. Considerando que o plano de crescimento comporta um aumento do pessoal na ordem de 25-33% conforme as categorias, os custos adicionais totais deverão ser de cerca USD 4.000.000, a preços correntes 2004.

Incentivo de Desempenho

Não é possível, nesta fase, tomar em consideração, a nível nacional, um incentivo ligado ao desempenho, porque as capacidades para uma avaliação sistemática, competente e transparente não existem na maioria dos distritos. No entanto, a melhoria da gestão de saúde nos distritos e nas províncias é um dos maiores objectivos da FC. Portanto, esta situação poderá mudar nos próximos anos. Nada impede, contudo, que iniciativas possam ser levadas a cabo em cada província, com o apoio dos *focal donors* locais ou de outras agências financiadoras. Em geral, são de considerar os aspectos seguintes:

- ✓ O incentivo de desempenho deverá estar ligado ao alcance de objectivos operacionais.
- ✓ Deverão ser premiados só os melhores profissionais (ou as melhores equipas), com base em parâmetros de qualidade e bom atendimento (utilizando os guiões de supervisão em uso no MISAU), tendo em conta também o volume de actividades realizadas e, a longo prazo e sempre que possível, os resultados em termos de diminuição de morbi-mortalidade.
- ✓ Para constituir realmente um estímulo, deve “ser para os melhores e não para todos”.
- ✓ Incentivos ligados ao desempenho deverão ser introduzidos gradualmente, à medida em que um bom sistema de supervisão integrada pudesse ser implementado a todos os níveis do SNS. A falta de equipa de supervisores experientes e competentes não deve ser subestimada. Propõe-se testar o pagamento destes incentivos em áreas limitadas (alguns distritos).

Subsídio de risco e de turno

Inicialmente o subsídio de risco só beneficiava alguns profissionais; mais tarde generalizou-se, passando a constituir simplesmente uma forma de melhorar todos os salários de 10%. Porém, as categorias que apresentam os maiores riscos profissionais deverão ser gratificadas com um subsídio maior. Uma *comissão* poderia estabelecer os tipos de risco e a sua gravidade. A título de exemplo, poderão manter um subsídio em 10% todos os trabalhadores das US; aumentará para 20% o subsídio em prol do pessoal da radiologia (se

houver RX em funcionamento), electro-medicina, sala de operações, laboratório, banco de sangue, sala de partos, enfermaria doenças infecciosas, ELAT.

O subsídio de turno seria mantido a 10%. As horas extras deverão ser pagas integralmente. Todos estes custos, ainda a orçamentar, deverão ser cobertos com fundos do OE. Estima-se que, se forem abrangidos 1.500 profissionais de saúde o custo anual seria de cerca USD 200.000.

O subsídio de risco está contemplado nas “outras remunerações certas”, que com quase USD 3.000.000, constituíam 10.4% das despesas com o pessoal orçamentadas em 2002. O modesto aumento proposto seria, assim, de 0.6% do orçamentado.

Reintrodução do subsídio de abono de família

O subsídio de abono de família foi extinto logo após a independência (mantiveram-no os que já iam beneficiando). Agora paga-se um suplemento salarial quando o agregado familiar contar com mais de 6 filhos. Entretanto, para beneficiar do subsídio, deve-se juntar uma série de documentos, que não é simples conseguir sobretudo nos distritos. pelo que muitos trabalhadores renunciam. Dever-se-á simplificar a legislação: por exemplo, deverão ser suficientes os certidões de nascimento dos filhos.

Bónus de almoço

Já existem diferentes propostas para o pagamento do bónus de almoço, a partir de um fundo de 23.500.000 USD a ser utilizado entre 2004 e 2008,²⁰² cujo valor global foi calculado, para 2004 em cerca de 4,225 milhões de USD. Em princípio, todos os funcionários do SNS deverão beneficiar do bónus. Foi considerado que, em saúde, o trabalho é feito em equipas, que compreendem técnicos de nível e categorias diferentes. A insatisfação de alguns a frente os privilégios de outros podem prejudicar o trabalho de grupo. Aliás, este facto está bem claro nas USs onde há pessoal pago por ONGs junto a outro pago pelo sistema público. Uma política salarial que considere também os que desenvolvem as funções mais humildes e recebem os vencimentos mais baixos, é lógica no quadro do Programa de Redução da Pobreza Absoluta. Por esta razão, na sua proposta de bónus de almoço a ser financiada através do FC, o MISAU não deixou de lado os quadros de nível mais baixo, inclusive o pessoal serventuário.

Outros Fundos

(para assistência social para trabalhadores e agregado familiar, em caso de matrimónio, doença, morte)

As Províncias dispõem de fundos para funeral e subsídio de morte à família igual a 6 meses de vencimento. À alínea “funeral” estavam reservados Mt 6.018.619.000 (USD 273.544) em 2002 (0,9% dos fundos destinados ao pessoal). Há fundos para assistência médica e medicamentosa, conforme o escalão. Muitas vezes os medicamentos receitados não se encontram na farmácia. A proposta é garantir subsídios para medicamentos adquiridos também no circuito comercial. A revisão do FAM para todos os funcionários do AdE está neste momento sob discussão. O custo deveria ser de 6.000.000 de USD por ano, envolvendo cerca de 110.000 funcionários e suas famílias.

Deverá haver uma lista de medicamentos salva-vidas, gratuitos para doenças crónicas. Por razões de equidade, todos os funcionários que necessitam de tratamentos contínuos, deverão beneficiar das mesmas condições que estarão garantidas aos doentes de SIDA. O MISAU deverá reembolsar pelo menos uma quota do custo de medicamentos como a *insulina*, para os trabalhadores do Sector Saúde, sempre que não fosse possível encontrá-los no circuito das farmácias públicas. Dever-se-á programar um fundo para tal.

Actividade privada após a Reforma

Os profissionais do MISAU poderão continuar exercendo actividades privadas após a sua reforma. Dever-se-á tomar em conta a lei que regula a prática da medicina privada. Recomenda-se a inscrição num Livro de Registo como profissional de saúde exercendo livremente a profissão, dentro dos limites da sua carreira e especialização (quanto a níveis de prescrição, manobras e actos técnicos etc.).

²⁰² PEN ITS/HIV/SIDA – Sector Saúde 2004-2008. MISAU/DNS, Maputo, 2004.

Concessão de créditos

A concessão de créditos ao pessoal de saúde, em termos de empréstimos sem juros, sobretudo em relação à compra de habitação, ou para projectos agrícolas (sementes, utensílios, compra de terrenos, avícola etc.), ou para aquisição de bens (carros) foi uma solução recomendada por diferentes DPSs.

A possibilidade de fazer investimentos produtivos na área de residência pode ser vantajoso para o sistema de saúde, porque tende a fixar o trabalhador, criando interesses económicos independentes do serviço. É também uma forma de propiciar o desenvolvimento económico das áreas rurais.

Devido ao custo actual das habitações (no mínimo USD 30.000), e ao nível dos vencimentos, é difícil imaginar que um trabalhador de nível básico-médio consiga repor a dívida, mesmo se os termos do empréstimo forem muito favoráveis, sem uma comparticipação importante por parte do Estado.

Existem ONGs que têm experiência na gestão de micro-créditos nas áreas rurais.

Passos a seguir: recomenda-se a criação de um fundo para créditos numa Província (por exemplo, USD 100.000). A sua gestão poderá ser conferida, através de um concurso, à Agência que der melhores garantias de um seu uso eficiente. Deverão ser estabelecidos padrões para o desembolso dos créditos, em coordenação com o DPRH e a DRH/MISAU. Após um ano, poder-se-á avaliar a sua implementação, em termos de profissionais beneficiados e fundos desembolsados. Caso a iniciativa tiver sucesso, poderá ser alargada a outras províncias do País.

A concessão de créditos para habitação poderia fazer parte dos incentivos de desempenho. Os créditos para habitação poderiam constituir um novo “fundo habitacional” entre as “outras despesas com o pessoal”, correspondendo a 3% do total das despesas com o pessoal.

Habitação

A falta de casas condignas é um dos factores limitativos que impedem a colocação do pessoal de saúde nas áreas rurais. O DPC/GACOPI tem projectos padronizados para construção de habitações para o pessoal da saúde, em ambiente rural. O custo varia conforme a localização e a qualidade.

Um plano de construção de habitações, nos distritos, anexas às US onde fazem mais falta, poderia ser financiado pelo OE, com o concurso determinante da Cooperação Internacional.

Custo Unitário para duas casas geminadas:

- 1) nas sedes distritais, anexas a HRs ou CSs importantes (para médico, director distrital, técnico de cirurgia, outros dirigentes): USD 114.123,12.
- 2) no meio rural, anexas a pequenos CSs: USD 60.000.

É possível que utilizando materiais locais, os custos possam ser mais baixos.²⁰³ Deve-se também pensar na construção de casa independentes, sobretudo para o pessoal de nível superior.

Um plano de construção nacional bienal, compreendendo 40 habitações geminadas para sedes distritais e 100 habitações para US no meio rural custaria USD 10.564.924.²⁰⁴

O GACOPI refere em 3/100 por ano o custo de manutenção dos imóveis. Portanto, para manter o seu património imobiliário, o MISAU deverá gastar cerca de USD 160.000/ano para o investimento considerado.

Outros sistemas residenciais poderiam ser considerados nas sedes distritais e para as US maiores (por ex. grandes CS, HR), para solterias/os, com quartos e serviços independentes.

Cada DDS e US da sede distrital deverá ter pelo menos 6-7 habitações em alvenaria, destinadas ao director distrital, responsável clínico, enfermeiro e parteira chefe, responsável do laboratório.

Os fundos necessários, de USD 2.600.000 por ano, seriam parte integrante das despesas de investimento e não deverão substituir a construção de habitações normalmente previstas pelo plano geral de investimento.

Gabinete Técnico Provincial

Cada Província (a começar das Províncias com a maior rede sanitária, como Nampula e Zambézia), deverá dispor de um “Gabinete Técnico”, integrando uma mini-equipa composta de 1-2 arquitectos/engenheiros civis

²⁰³ Informação do Arquitecto E.Gonzales, Projecto FED/UE, Quelimane-Zambézia, 2000

²⁰⁴ Preços 2002. A reavaliar.

e 1-3 técnicos médios de construção (de acordo com o tamanho da infraestrutura provincial e o plano de vencimento), encarregados de programar, com a DPC e a DRH provincial, o desenvolvimento da rede sanitária e as grandes obras de ampliação, reestruturação e manutenção extraordinária e sua correcta execução, com base nas normas que regulam a matéria (concursos, contratos, fiscalização das obras etc.); a equipa deverá zelar, ao mesmo tempo, pela correcta execução dos fundos destinados à manutenção ordinária, conforme o plano director provincial. O seu trabalho deverá abranger *todo o parque imobiliário da DPS, incluindo as habitações para os trabalhadores.*

Os custos relativos ao funcionamento do Gabinete Técnico poderiam ser sustentados incrementando os Fundos Provinciais. Neste caso, estaria indicado um contrato directo com as DPS; alternativamente, *focal donors* provinciais, onde operarem, poderiam jogar um papel essencial (com base nas experiências ocorridas em Nampula – Cooperação Holandesa, e Zambézia – UE).

Pode-se estimar um custo anual para o Gabinete Técnico compreendido entre USD 130.000/190.000. O custo para 10 Províncias seria, portanto, de USD 1.600.000 anual.

Paneis solares/electricidade nas casas dos trabalhadores de saúde afectos a USs rurais

Um programa explicitamente virado para o fornecimento de energia eléctrica para o complexo US-residências é altamente recomendável, porque, para além de melhorar as condições de vida do trabalhador, iria garantir melhores condições de trabalho na US. Dele beneficiariam as maternidades, os cuidados intensivos, a cadeia do frio, etc. Actualmente, a maior parte das pequenas US rurais não dispõe de electricidade; uma percentagem elevada de US rurais de dimensões médias não têm electricidade (tabela 59) e a maioria dispõe de electricidade de forma muito irregular.

A Cooperação Norueguesa já implementou um programa para fornecer cerca de 150 sistemas de painéis solares para as unidades sanitárias rurais do País. Estão incluídos também o sistema de iluminação para as casas geminadas dos trabalhadores e uma geleira de 60 litros.

Tabela 59. Disponibilidade de electricidade nas US de nível primário. Amostra de 884 US. Dados de 2000.

US	Total	Dispõem de electricidade (1)	%
Todas as US	884	288	33%
US rurais, HR excluídos	783	203	26%
CS rurais, grandes (> 35 camas)*	40	34	85%
CS rurais com 20-35 camas**	50	32	64%
CS rurais, com menos de 20 camas**	57	24	42%
CS rurais, sem internamento (tipo II)	272	69	25%
PS rurais	264	44	17%

(1) completa, parcial, irregular, por rede, gerador ou painéis solares. * agora, HDs. ** agora CS rurais tipo I.

Um programa virado a garantir a disponibilidade de energia eléctrica para todas as US da rede sanitária (excluindo os PS) deveria, em primeiro lugar, identificar as US que irão beneficiar de electricidade da rede (com base nos programas de expansão da Electricidade de Moçambique para os próximos anos), e as US que, pelas suas dimensões e características, poderão melhor usufruir de geradores eléctricos; as outras poderão utilizar painéis solares. Estas informações poderiam ser levantadas por cada DPS interessada no programa.

A instalação de painéis solares nas 150 US (4 sistemas, 2 na US e 2 nas residências geminadas) apresenta um custo global, inclusive de assistência técnica, de USD 10.000 (e o projecto vale cerca de USD 1.500.000). A sua manutenção, após os primeiros anos, custará, ao sistema de saúde, com base numa estimativa preliminar, cerca de USD 250.000, aos preços correntes. Esta actividade deveria ser tarefa do Gabinete Técnico Provincial ou regional.

Um programa que pretendesse estender a instalação de painéis solares a 200 US periféricas iria cobrir a grande maioria dos CS II e III, a um custo inicial de 2.000.000, e levando a um aumento de custos

recorrentes/ano para o sector de manutenção, na ordem de USD 300.000-350.000 aos preços correntes. Uma parte de US poderia beneficiar de geradores eléctricos, eventualmente junto a outras fontes de energia. A tipologia da aparelhagem mais apropriada, em termos de marcas, duração, manutenção, características e potência, deveria ser identificada. Os custos em termos de manutenção e combustível deveriam estar também previstos.

As despesas seriam incluídas no capítulo “Manutenção e Reparação de Imóveis e equipamentos” (No 122005 e 122006) e não iriam a gravar o plano de despesas com o pessoal.

Telefonia móvel

O telefone celular que as DPSs pediram em benefício dos quadros de direcção e chefia, seria útil para os clínicos, o pessoal do banco e o pessoal de urgência (anestesiista, instrumentista); como tal, poderia ser considerado um objecto de trabalho. Deve-se ter em conta o plano de difusão da telefonia móvel no País, que está aumentando rapidamente a sua cobertura.

Poderiam ser dotados de telemóvel todos os médicos, anestesiistas e instrumentistas que trabalham nos HRs. Os clínicos mais qualificados que trabalham nos CS distritais; o responsável de enfermagem distrital.

Estimativa de custos:

Custo inicial (aparelho e baterias): USD 100.

Custo recorrente: USD 120/ano.

(considerando também a reposição de telemóveis avariados).

Dotar de telefone celular 800 técnicos de saúde, fora de Maputo; custo inicial: USD 80.000. Custo anual: 96.000 USD.

Bolsas de estudo para filhos de trabalhadores que vivem no meio rural

A atribuição de bolsas para os filhos é uma exigência legítima para os profissionais que prestam serviço no meio rural, permitindo aos filhos a continuação dos estudos, em regime de internado, onde houver escolas secundárias e universidades. Eis, portanto, uma outra área onde a criação de um fundo *ad hoc* seria necessário. De princípio, poderiam ser privilegiados os alunos com as melhores classificações. Falta informação sobre as possibilidades de internado e seu custo em cada Província. Vagas no internado das instituições de formação da saúde poderiam ser eventualmente aproveitadas pelos filhos dos funcionários colocados em US periféricas.

Subsidio de renda de casa

Um fundo que permita subsidiar a renda de habitação, iria minimizar a falta de casas do MISAU, sobretudo nas cidades e nas sedes distritais. A proposta seria criar um fundo para tal, a ser gerido pelas DRH provinciais. Os técnicos de saúde nomeados e colocados poderiam beneficiar do fundo, com base no seu nível profissional. Em geral, o pagamento deste subsídio seria mais apropriado para funcionários do SNS colocados em centros populacionais médio-grandes, com possibilidades de aluguer de casas. O “bónus de aluguer” poderia ser de:

USD 50 mensais para técnicos de nível básico e médio.

USD 100 mensais para técnicos de nível superior e especializado.

Seria atribuído sempre que o funcionário não possuísse uma habitação de sua propriedade e o esposo/a não beneficiasse de casa de serviço.

Caso beneficiem deste esquema 100 técnicos de nível superior e 500 de nível básico e médio, o custo anual seria de USD 360.000.

Esta proposta complementaria a construção de habitações para trabalhadores e a criação de sistemas de crédito de habitação própria.

Este fundo deveria ser integrado na alínea “fundo para habitação”.

Formação Contínua e bolsas de estudo

A participação em cursos de FC, no País e no estrangeiro, de diferentes duração e enfoque foi considerada pela maioria das DPSs como uma exigência dos trabalhadores. A implementação destas actividades, de modo a beneficiar equitativamente um número cada vez maior de funcionários, sobretudo os que trabalham em situação de isolamento, está ligada às capacidades de programação dos sectores de FC, a nível central e provincial.

Outro (solicitado pelos trabalhadores)

Televisão individual e colectiva com parabólica (clubes e círculos recreativos). No futuro, a abertura e difusão de círculos sociais para funcionários da saúde (ou em conjunto com outros sectores do Estado), poderá ser bem vinda; os fundos locais adquiridos através da receita poderiam ser destinados a esta finalidade.

Carros e motas para abate. A entrega de motas e viaturas destinadas ao abate, aos trabalhadores de saúde, assim como foi pedido pelas DPSs, não é recomendável, por óbvias razões de segurança rodoviária nas estradas.

Facilidades para aquisição de bens tais como vestuário, produtos alimentares, etc. – conforme proposta das DPSs. O MISAU deveria adquirir bens a preços de armazem e vendê-los sem lucro aos dependentes. Não é fácil dentro do actual sistema económico, a não ser que o MISAU venda os produtos a custos inferiores ao valor da compra. Não é aconselhável (mais simples seria oferecer um bónus monetário aos funcionários).

Actividades

- Discutir as propostas de incentivos nos grupos de trabalhos que envolvem o MISAU e seus parceiros internacionais de forma a encontrar as soluções aceitáveis, recalcular os custos, avaliar a sustentabilidade a longo prazo, definir as modalidades de pagamento

Perspectivas de reforma

As propostas da Análise Funcional inscrevem-se no debate da reforma do sector público, no sentido de tornar mais eficientes e modernas as práticas de gestão dos recursos humanos, e, desta forma, melhorar a qualidade dos serviços.

Contratação de Prestadores de Serviço dentro do SNS. A opção de contratar entidades legalmente definidas responderia à situação existente no que diz respeito ao que está acontecendo em alguns dos maiores hospitais do País, podendo implicar um relacionamento directo das unidades do SNS com o MISAU, através de acordos contratuais, que definiriam os serviços a prestar em termos qualitativos e quantitativos. Isto poderia proporcionar uma *delegação* real das competências, com ganhos de eficiência no uso alocativo dos fundos (*contracting in*). Problema crítico é a falta de competências administrativas e de gestão, que devem ser identificadas, sem considerar as zonas 'cinzentas', em relação ao uso dos fundos das Clínicas Especiais do HCM. Numa primeira fase, tende-se a treinar o pessoal clínico (médicos, enfermeiros, técnicos de medicina) com funções administrativas; em seguida, deverá aumentar o número dos profissionais administrativos e de gestão. Em definitivo, tratar-se-á de acompanhar os desenvolvimentos ocorridos nesta última década, procurando formas e soluções transparentes e equitativas e reforçando um papel de controlo e normatização por parte do MISAU, dentro dos objectivos da reforma, que esteve até ao momento em falta.

Contratação de ONGs. Se o papel crescente das ONGs estiver bem regulado, estas entidades podem ser consideradas um recurso adicional, pois tornam mais flexível o mercado do trabalho, o que, na óptica da descentralização, se enquadra na delegação da prestação dos serviços. Uma normativa geral para definir as relações das ONGs com o MISAU é, portanto, prioritária e deverá ser concebida e elaborada nesta perspectiva. As ONGs deverão realizar actividades concordadas, com base em metas e objectivos a serem avaliados periodicamente. O aumento do papel das ONGs como prestadoras de serviços deverá ser acompanhado pelo reforço progressivo das DPSs (e DDSs) nas capacidades de elaboração e gestão, monitoria e avaliação dos contratos (*contracting out*). Em relação ao pessoal pago pelas ONGs, não se devem esquecer as garantias de que beneficia o pessoal do quadro (segurança do posto de trabalho, relativa lassidão disciplinar) em relação ao do sector privado.

Normatização das actividades privadas em ambiente público. É urgente normatizar a actividade privada, em particular no que se refere aos médicos especialistas, serviços de diagnóstico e laboratoriais no meio público. Deve-se preparar um esquema contratual que permita dividir os custos entre os especialistas e a autoridade hospitalar, garantindo o pagamento das despesas para materiais e equipamentos, a compensação pelo tempo gasto pelos prestadores dos serviços público, a utilização do espaço público, de camas, etc.. A normativa terá que ter em conta critérios de redistribuição de recursos financeiros em benefício do sistema de saúde e, por trâmite deste, dos seus utilizadores mais pobres.

Reforço do sistema de legalidade. Deve-se começar a responsabilizar o pessoal de saúde para os actos médicos praticados, começando pelo pessoal técnico de nível mais elevado, e agilizar os procedimentos de repressão e perseguição dos actos ilegais e criminosos.

Criação de um Sistema de Regulação Profissional. É necessário estabelecer uma comissão para definir um Corpo de Regulação Profissional para os profissionais de saúde de forma a melhorar o padrão de qualidade e a responsabilização dos técnicos. A instituição tomará as decisões relativas às más práticas profissionais, à aprovação das qualificações técnico-profissionais dos elementos licenciados no estrangeiro, dos cursos de formação para saúde dentro do País e outro. Nesta óptica, torna-se também necessário separar as funções diferentes (e potencialmente em conflito) de formador, empregador, implementador e juiz das instituições do MISAU. Sugere-se a que a agência seja independente, única e sub-dividida em departamentos para cada categoria de profissionais (médicos, enfermeiros, radiologistas, farmacêuticos, etc.). A agência deverá empregar um número mínimo de pessoal (secretariado, licenciados em direito em tempo parcial), baseando-se para o seu trabalho sobre a consulta de profissionais experientes e estimados em cada sector da profissão.

Actuação de mecanismos mais flexíveis de gestão do pessoal a partir das USs e DDSs. Na perspectiva de delegar maiores poderes de decisão quanto à alocação dos recursos às instituições subalternas do SNS,

deveriam ser gradualmente revistas as normas que regulam a abertura de novos postos de trabalho, baseadas, actualmente, num sistema rigidamente centralizado (disponibilidade por província definidas a nível central, com um critério incrementalista) e burocratizado (contratos públicos selados pelo governador). Os postos de trabalho seriam abertos nas USs, com base em coeficientes determinados, entre os quais teriam maior peso os critérios das equipas mínimas do DM 127/2002, a produtividade do pessoal, as condições de acesso e a política de expansão dos serviços. Assim, as vagas seriam definidas para cada US. No contexto actual, em que o salário “segue” o trabalhador e não a vaga, uma transferência “reduz” o fundo de salários da US. A situação favorece também abusos (por ex., pessoal que assume novas funções, pagas por agências externas, sem ser desvinculado pelo MISAU).

Estatuto autónomo dos funcionários do SNS. O enquadramento do pessoal do SNS como pertencente ao Quadro da Função Pública deveria ser revisto, de forma a garantir um Estatuto Autonomo próprio. Esta seria a pré-condição indispensável, tanto para permitir uma maior flexibilidade na política salarial,²⁰⁵ assim como para desenvolver novas formas nas relações laborais. Trata-se de um assunto de grande complexidade, para cuja análise seria necessária uma equipa *ad hoc* de *experts* internacionais e nacionais, para elaborar a proposta com o novo cenário e as normas, um ambiente político favorável, dentro e fora do MISAU (*lobbies* na Assembleia da República) e um diálogo prolongado entre as partes, através de uma comissão mista (MISAU, MPF, MAE).

Formas flexíveis de contratação de pessoal. Propõe-se experimentar formas de contratação a tempo determinado e a partir das próprias USs (e/ou DDSs), utilizando fundos a gestão descentralizada (quais o *Fundo Comum Provincial*). Níveis salariais sensivelmente mais elevados deveriam ser consentidos para funcionários com contractos a termo, que não beneficiam da segurança de trabalho garantida pela função pública.

Resolução das questões administrativas e organizacionais que envolvem outros sectores do Executivo. Os problemas que dizem respeito ao processo de nomeação do pessoal, sistema de informação do pessoal e salários devem ser solucionados dentro da Reforma do Sector Público, através da UTRESP.

Diálogo com os órgãos de poder local sobre o uso dos recursos disponibilizados a nível local. O aspecto mais sensível do processo de reforma é a devolução dos poderes de decisão aos órgãos locais, porque: 1) as estruturas locais são fracas, como em muitos *Países de baixo rendimento*,²⁰⁶ 2) Quase não existem capacidades de angariação de fundos a nível local e, portanto, os financiamentos provêm inteiramente dos OCs através das DPPF. 3) Não há competências administrativas e de gestão locais; 4) existem fortes potencialidades de conflito entre os OCs e os órgãos de emanação central. 5) é a nível local que devem ser encontradas formas de diálogo e colaboração com os poderes autárquicos. Por fim, em países como Moçambique, as prioridades de saúde são estabelecidas num processo *top-down*, e recomendadas na base de análises técnicas.²⁰⁷ O debate público, com a intervenção da sociedade civil (na realidade, ONGs que dependem de financiamentos internacionais, inclusivé ONGs estrangeiras), a participação comunitária não pode ser considerada tão importante, considerando a exiguidade dos recursos financeiros à disposição (cerca de 10-12 USD por ano por pessoa), o que limita grandemente as opções de escolha fora das prioridades estabelecidas a partir das doenças de maior impacto epidemiológico e das intervenções de custo menor. Na prática, não seria mais do que confirmar as escolhas já efectuadas pelos responsáveis ao topo.

²⁰⁵ A proposta salarial de Alves Pereira, cit., que procurava reduzir os escalões salariais e melhorar e descomprimir os salários, foi indeferida. De acordo com a proposta, e com base nos dados do Departamento de Planificação e Gestão da DRH, os fundos necessários para o pagamento dos salários de base iriam aumentar em cerca 151%.²⁰⁵ Deveriam ser revistos todos os critérios de pagamento de subsídios (risco, bónus especial, etc.) que actualmente beneficiam categorias particulares de funcionários de saúde. Considerando que o sistema teria privilegiado os técnicos de saúde de nível mais elevado, o impacto orçamental teria sido maior nos anos sucessivos, com o ingresso no sistema de um número substancial de profissionais médios, especializados e licenciados.

²⁰⁶ Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. Health System Decentralization. Concepts, Issues and Countries Experience, Geneva WHO, 1990

²⁰⁷ World Bank. Investing in Health: World Development Report 1993, New York: World Bank, 1993.

A mudança das formas de trabalho é primeiro um assunto político, e só secundariamente torna-se uma questão técnica. Aumentar a flexibilidade no trabalho significa perder, em curto prazo, privilégios, *status* e seguranças psicológicas, e suscitará provavelmente reacções nos funcionários do SNS para receber compensações salariais justas e adequadas. É indispensável o envolvimento de todas as partes, a começar pelas associações profissionais (*in primis*, médicos e enfermeiros).²⁰⁸ A reforma apresenta fortes potencialidades de conflito; contudo, a sociedade Moçambicana está direccionada, por cultura e tradição, a procurar consensos e evitar a confrontação.

Dever-se-á dispor de novos mecanismos financeiros e de gestão, e isto envolve outros sectores no MISAU (DAG, DNS/DAM) e do AdE (MPF, MAE). A revisão das normativas e procedimentos deverá acompanhar a criação das competências necessárias no MISAU, nas DPSs e nas outras instituições do Estado envolvidas no assunto.

²⁰⁸ Rigoli F, Dussault G The Interface between sector reform and human resources in health Human Resources for Health 2003, 1:9, BioMed Central Ltd.