

Michela Gomes de Oliveira Laice

SITUAÇÃO E CAPACIDADES INSTITUCIONAIS EM GESTÃO DO
TRABALHO E EMPREGO NO SETOR SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARADA
(ANGOLA, CABO VERDE E MOÇAMBIQUE)

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte – MG

2015

Michela Gomes de Oliveira Laice

SITUAÇÃO E CAPACIDADES INSTITUCIONAIS EM GESTÃO DO
TRABALHO E EMPREGO NO SETOR SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARADA
(ANGOLA, CABO VERDE E MOÇAMBIQUE)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas
Gerais, como requisito final para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Pública (área de concentração Saúde
Pública)

Orientadora: Profa. Dra. Ada Ávila Assunção

Belo Horizonte – MG

2015

L185s Laice, Michela Gomes de Oliveira.
Situação e capacidades institucionais em gestão do trabalho e emprego no setor saúde [manuscrito]: uma análise comparada (Angola, Cabo Verde e Moçambique). / Michela Gomes de Oliveira Laice. - - Belo Horizonte : 2015.
145f.: il.
Orientador: Ada Ávila Assunção.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Gestão em Saúde. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Recursos Humanos em Saúde. 4. Força de Trabalho. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Assunção, Ada Ávila. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 300

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora: Prof^a. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof^a. Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor: Prof. Humberto José Alves

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA SOCIAL

Chefe: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora: Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora: Prof^a. Ada Ávila Assunção

Colegiado: Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Cibele Comini César

Prof^a. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Prof^a. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Prof^a. Mariangela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Prof^a. Valéria Maria de Azeredo Passos

Representante discente: Flávia Soares Peres



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA MICHELA GOMES DE OLIVEIRA LAICE

Realizou-se, no dia 24 de fevereiro de 2015, às 13:00 horas, sala 138, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Situação e Capacidades Institucionais em Gestão das Condições de Trabalho e Emprego no Setor Saúde: Uma Análise Comparada (Angola, Cabo Verde e Moçambique)*, apresentada por MICHELA GOMES DE OLIVEIRA LAICE, número de registro 2013704920, graduada no curso de GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS E INSPEÇÃO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Ada Avila Assuncao - Orientador (UFMG), Prof(a). Simone Santos Silva Oliveira (FIOCRUZ), Prof(a). Raphael Augusto Teixeira Aguiar (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

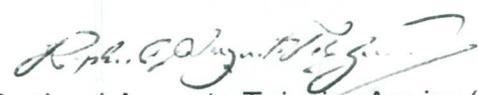
) Aprovada

) Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 24 de fevereiro de 2015.


Prof(a). Ada Avila Assuncao (Doutora)


Prof(a). Simone Santos Silva Oliveira (Doutora)


Prof(a). Raphael Augusto Teixeira Aguiar (Doutor)


CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

Situação e Capacidades Institucionais em Gestão das Condições de Trabalho e Emprego no Setor Saúde: Uma Análise Comparada (Angola, Cabo Verde e Moçambique)

MICHELA GOMES DE OLIVEIRA LAICE

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

Aprovada em 24 de fevereiro de 2015, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Ada Avila Assuncao - Orientador
UFMG

Prof(a). Simone Santos Silva Oliveira
FIOCRUZ

Prof(a). Raphael Augusto Teixeira Aguiar
UFMG

Belo Horizonte, 24 de fevereiro de 2015.

A todos que direta ou indiretamente tornaram esse trabalho possível. Aos meus pais em especial e a toda minha família, aos que já são e aos que ainda hão de ser... Eu dedico carinhosamente este trabalho.

AGRADECIMENTOS

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito”
(Chico Xavier).

Ao Deus, que sempre esteve comigo! Nos dias de chuva ou de sol, porquanto até aqui me ajudou o Senhor. Sou grata não apenas por este dia, mas por todos os dias da minha vida.

À Professora Ada Ávila Assunção, por ter me aceite e recebido como orientanda, especialmente pela oportunidade que me concebeu. Agradeço de todo o coração por ter estado ao meu lado, me ajudando a caminhar. Pela paciência, tempo despendido e pelo aprendizado, meu muito obrigado por tudo.

Ao Programa de Estudantes-Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG), a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela oportunidade e concessão da bolsa de estudos.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, pelo aprendizado. Aos funcionários da Pós-Graduação e pessoal do Núcleo de Estudos Saúde e Trabalho, pelo serviço, apoio e todo auxílio.

À minha família: Ana de Rosária Ganho Gomes (mãe), Antônio Cândido de Oliveira Laice (pai), Celso, Dário e Cinda (irmãos). Em especial a minha irmã Nilza, Adélia (prima) e meus sobrinhos (Eudy, Marcel e Uyane), vocês são minha alegria.

À todos os meus amigos, especialmente a Flora, pastores e irmãos em Cristo da Igreja Batista Getsemani (Brasil) e *Lighthouse Chapel International Church* (Moçambique). Vocês tem sido meu porto seguro, meu baluarte e meu tesouro. Sou grata pela vida de cada um de vocês.

Ao Egídio Nhavene, foi aqui onde tudo começou! Eu era como um pássaro numa gaiola, mas você chegou à minha vida para me ensinar a voar. Como me posso esquecer?! Obrigada por ter me incentivado a concorrer para a bolsa de mestrado e sair da minha zona de conforto. Obrigada também por cada decepção, com você aprendi... E também cresci.

Onde Nasceu a Ciência e o Juízo?

MOTE

— Onde nasceu a ciência?...

— Onde nasceu o juízo?...

Calculo que ninguém tem

Tudo quanto lhe é preciso!

GLOSAS

Onde nasceu o autor

Com forças p'ra trabalhar

E fazer a terra dar

As plantas de toda a cor?

Onde nasceu tal valor?...

Seria uma força imensa

E há muita gente que pensa

Que o poder nos vem de Cristo;

Mas antes de tudo isto,

Onde nasceu a ciência?...

De onde nasceu o saber?...

Do homem, naturalmente.

Mas quem gerou tal vivente

Sem no mundo nada haver?

Gostava de conhecer

Quem é que formou o piso

Que a todos nós é preciso

Até o mundo ter fim...

Não há quem me diga a mim

Onde nasceu o juízo?...

Sei que há homens educados

Que tiveram muito estudo.

Mas esses não sabem tudo,

Também vivem enganados;

Depois dos dias contados

Morrem quando a morte vem.

Há muito quem se entretém

A ler um bom dicionário...

Mas tudo o que é necessário

Calculo que ninguém tem.

Ao primeiro homem sabido,

Quem foi que lhe deu lições

P'ra ter habilitações

E ser assim instruído?...

Quem não estiver convencido

Concorde com este aviso:

— Eu nunca desvalorizo

Aquel' que saber não tem,

Porque não nasceu ninguém

Com tudo quanto é preciso!

António Aleixo, in "Este Livro que Vos Deixo..."

RESUMO

Os profissionais da saúde desempenham um papel central e crítico na melhoria do acesso e dos cuidados de saúde para as populações e são fundamentais para as políticas que visam a diminuir as desigualdades em saúde. O funcionamento, o desempenho e o desenvolvimento dos sistemas de saúde são dependentes desses profissionais, de seus esforços e da combinação de competências na execução das tarefas diárias. Contudo, problemas relacionados à gestão do trabalho no setor têm sido identificados como obstáculos para alcançar a maioria das metas de saúde e de desenvolvimento. As referidas situações constituem desafios para as instituições e para os seus protagonistas, uma vez que dependem de preparo e disposição política para encontrar as estratégias de enfrentamento dos problemas que se manifestam no cotidiano de trabalho. É nesse âmbito que os governos são convocados a identificar os problemas sanitários para planejar a força de trabalho, a retenção, o recrutamento e a formação, a fim de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para a saúde. Problemas na gestão, escassez e migração de profissionais são identificados mundialmente. Em Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), tais problemas são agudos especialmente em áreas rurais e remotas. O presente estudo procurou focalizar a situação atual da gestão do trabalho e emprego dos profissionais da saúde de Angola, Cabo Verde e Moçambique. Os objetivos do estudo foram: 1) Estudar a situação atual da gestão do trabalho e emprego no setor saúde em Angola, Cabo-Verde e Moçambique, de acordo com os indicadores elaborados para o estudo; 2) Identificar as ações e políticas desenvolvidas no Brasil no âmbito da gestão do trabalho e emprego em saúde; 3) Comparar as situações da gestão do trabalho em saúde nos três países em estudo, tendo como referência o caso brasileiro. Foi realizado um estudo documental, em bases de dados de instituições internacionais e periódicos eletrônicos, e em *sites* oficiais do governo e do ministério da saúde de cada País. A estratégia de busca priorizou os dados de fontes primárias e documentos originais. Foram consultados relatórios, regulamentos, apresentações, projetos, artigos, notícias e outros suportes, desde que acessíveis e com informações claras. A comparação dos resultados entre os três países africanos selecionados possibilitou identificar capacidades e limites institucionais, uma vez descritas as diferenças, similitudes e relações no âmbito da gestão do trabalho na área da saúde. Uma vez circunscritas as situações nacionais, foi possível fazer analogias e identificar variações em uma mesma estrutura em face da situação de referência, o Brasil. Os resultados do estudo sugerem que Angola, Cabo Verde e Moçambique compartilham,

em graus variados, problemas semelhantes. Destacam-se a escassez de informação e pouca ou nenhuma atualização dos dados, os quais são de qualidade precária e carecem de padronização. Outros problemas observados foram: número insuficiente e distribuição inadequada da força de trabalho; deficiências no campo da vigilância ocupacional; e fraco controle e regulamentação do setor privado pelo setor público. É possível que as debilidades identificadas no âmbito da gestão do trabalho e emprego em saúde estejam interferindo no funcionamento dos serviços em áreas sabidamente atingidas pelas iniquidades em saúde. A experiência brasileira pode ser uma referência para o debate e para ações interpaíses no futuro.

Palavras-chave: Gestão do Trabalho e emprego; Recursos Humanos em Saúde; Angola; Cabo Verde; Moçambique.

ABSTRACT

Health professionals play a central and critical role in improving access and quality of health care for the population and are fundamental to policies aimed at reducing inequalities in health. The operation, performance and the health systems development are dependent on these professionals, their efforts and skills mix in the execution of daily tasks. However, issues related to labor management in this sector have been identified as obstacles to achieving most of the health and development goals. These situations are challenges for health institutions and for its protagonists, since they depend on preparation and political will to find the coping strategies of the problems that arise in daily work. It is in this context that governments are called upon to identify health problems to plan the workforce, retention, recruitment and training in order to achieve the Millennium Development Goals (MDG) for health. Management, shortage and migration issues may be seen worldwide. In African Countries of Portuguese Language (PALOP) such issues are acute especially in rural and remote areas. This study aimed to focus on the current state of working conditions and employment of health professionals from Angola, Cape Verde and Mozambique. The objectives of the study were: 1) to study the current situation of the conditions of work and employment in the health sector in Angola, Cape Verde and Mozambique, according to the indicators developed for the study; 2) to identify actions and policies developed in Brazil as part of working conditions and employment in health; 3) to compare the situations of health working conditions in those three countries under study, considering the Brazilian case. A documentary study, using databases of international institutions, electronic journals and official websites of the government and the ministry of health of each country was conducted. The search strategy focused on data from primary sources and original documents. Reports were consulted, as well as regulations, presentations, projects, articles, news and other media when accessible with clear information. The comparison of results between selected countries enabled the identification of capacities and institutional boundaries after describing the differences, similarities and relationships within the working conditions in health sector. Once restricted the national situations, it was possible to establish analogies and identify variations on the same structure based on the reference situation, Brazil. The study results suggest that Angola, Cape Verde and Mozambique share, to varying degrees, similar problems. There is a lack of information and little or no updating of data, which are of poor quality and have no standards.

Among the issues were observed: insufficient and inadequate distribution of the workforce; deficiencies in the field of occupational surveillance; weak control and regulation of the private sector by the public sector. It is possible that the weaknesses identified in the working conditions of management and employment in health is interfering with the operation of services in areas known to be affected by health inequities. The Brazilian experience may be a reference to the debate and inter-actions in the future.

Keywords: Conditions of work and employment; Human Resources for Health; Angola; Cape Verde; Mozambique.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Mapa da África: localização dos PALOP “África de língua portuguesa”	37
Figura 2. Mapa de Angola	45
Figura 3. Organograma do Ministério da Saúde de Angola	50
Figura 4. Fluxograma para aplicação do Protocolo de Exposição Ocupacional (O que fazer em caso de acidente de trabalho?)	62
Figura 5. Mapa de Cabo Verde.....	70
Figura 6. Organograma do Ministério da Saúde de Cabo Verde.....	77
Figura 7. Mapa de Moçambique.....	89
Figura 8. Organograma do Ministério da saúde de Moçambique	95
Figura 9. Mapa do Brasil	109
Gráfico 1. Evolução da força de trabalho em Angola, 2007-2011	53
Gráfico 2. Número de habitantes por RHS específicos da saúde (2007)	106
Quadro 1. Metas definidas pelo PNDS a partir de 2013 até o final de 2016, Angola.....	67
Quadro 2. Matriz analítica de dados, Angola	69
Quadro 3. Diagnóstico da situação dos RHS, Cabo Verde	87
Quadro 4. Matriz analítica de dados, Cabo Verde.....	88
Quadro 5. Diagnóstico da situação dos recursos humanos da saúde em Moçambique.....	96
Quadro 6. Matriz analítica de dados, Moçambique.....	108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação e descrição das fontes de dados.....	39
Tabela 2. Distribuição de Unidades de Saúde em Angola, 2002	52
Tabela 3. Estruturas sanitárias por delegacias de saúde de Cabo Verde, 2011	76
Tabela 4. Unidades de saúde privadas por concelho, Cabo Verde, 2011	82
Tabela 5. Postos de venda de medicamentos, farmácias públicas e privadas em Cabo Verde, 2011	83
Tabela 6. Número de unidades sanitárias no setor público por nível e províncias em 2011, Moçambique	93
Tabela 7. Distribuição de estabelecimentos de saúde privados com fins lucrativos nas províncias por tipo (Moçambique).....	99
Tabela 8. Imunizações realizadas 2012-2013.....	103
Tabela 9. Evolução e distribuição do pessoal da saúde por região em Moçambique (2000- 2004- 2010).....	105
Tabela 10. Síntese: Perfil de Angola, Cabo Verde, Moçambique e Brasil.....	118

LISTA DE ABREVIATURAS

AHO	African Health Observatory
AHWO	Africa Health Workforce Observatory
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
EVA	Esperança de Vida Ajustada
GHO	Global Health Observatory
GHWA	Global Health Workforce Alliance
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MINSÁ	Ministério da saúde de Angola
MISAU	Ministério da Saúde de Moçambique
MS	Ministério de Saúde do Brasil
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RNB	Rendimento Nacional Bruto
SUS	Sistema Único de Saúde
TS	Trabalhadores da Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

	RESUMO	10
	ABSTRACT	12
	LISTA DE ILUSTRAÇÕES	14
	LISTA DE TABELAS	15
	LISTA DE ABREVIATURAS	16
1.	INTRODUÇÃO	19
2.	CONTEXTO E RELEVÂNCIA DO TEMA	27
2.1	Situação Atual do Trabalho e dos Trabalhadores do Setor Saúde	27
2.2	Situação Atual do Trabalho e dos Trabalhadores do Setor Saúde no Continente Africano	31
2.3	Situação Atual do Trabalho e dos Trabalhadores do Setor Saúde nos PALOP	33
3.	OBJETIVOS	36
3.1	Objetivo Geral	36
3.2	Objetivos Específicos	36
4.	METODOLOGIA	37
4.1	Delineamento e Pressupostos Metodológicos	37
4.2	Variáveis Para Análise Comparativa	40
5.	RESULTADOS	44
5.1	ANGOLA	44
5.1.1	Características Demográficas e Sistema de Saúde em Angola	44
5.1.2	Situação e Capacidades Institucionais em Angola de Acordo Com as Variáveis Seleccionadas	55
5.1.2.1	Sistema de Informação Sobre a Força de Trabalho	55
5.1.2.2	Relação Público/Privado	56
5.1.2.3	Proteção à Saúde Ocupacional	61
5.1.2.4	Força de Trabalho em Saúde	64
5.2	CABO VERDE	70
5.2.1	Características Demográficas e Sistema de Saúde em Cabo Verde	70
5.2.2	Situação e Capacidades Institucionais em Cabo verde de Acordo Com as Variáveis Seleccionadas	79

5.2.2.1	Sistema de Informação Sobre a Força de Trabalho	79
5.2.2.2	Relação Público/Privado	81
5.2.2.3	Proteção à Saúde Ocupacional	84
5.2.2.4	Força de Trabalho em Saúde	85
5.3	MOÇAMBIQUE	89
5.3.1	Características Demográficas e Sistema de Saúde em Moçambique	89
5.3.2	Situação e Capacidades Institucionais em Moçambique de Acordo Com as Variáveis Seleccionadas	97
5.3.2.1	Sistema de Informação Sobre a Força de Trabalho	97
5.3.2.2	Relação Público/Privado	99
5.3.2.3	Proteção à Saúde Ocupacional	101
5.3.2.4	Força de Trabalho em Saúde	104
5.4	BRASIL	109
5.4.1	Características Demográficas, Contexto e Indicadores Gerais	109
5.4.2	Sistema de Saúde, Situação Atual do Trabalho e dos Trabalhadores do Setor Saúde no Brasil	111
6.	SÍNTESE DOS RESULTADOS	118
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
9.	ANEXOS	142

1. INTRODUÇÃO

Trabalhadores dos sistemas de saúde são profissionais envolvidos em ações cuja intenção e objetivo principais são proteger, melhorar e contribuir para assistência à saúde das populações (World Health Organization - WHO, 2013a). Na literatura especializada, encontram-se denominações como profissionais de saúde, recursos humanos em saúde e força de trabalho em saúde. Em que pese as nuances nas definições que serão apresentadas a seguir, no âmbito do presente estudo, estas serão utilizadas indistintamente.

Os trabalhadores da saúde (TS) são aqueles diretamente envolvidos em ações com os usuários dos sistemas. Eles atuam tanto no nível da gestão quanto na assistência direta ao cidadão, incluindo-se os profissionais que prestam apoio à gestão clínica-assistencial, aqueles que atuam nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, na gerência ou na produção de tecnologia, independentemente do seu tipo de contrato ou vínculo (UFMG; NESCON, 2007).

Profissionais de saúde de um país são prestadores de serviços de saúde, da gestão da saúde e trabalhadores de apoio. Isto inclui os trabalhadores de saúde do setor público, bem como privado, trabalhadores remunerados ou não (AHO *et al.*, 2014a).

Os Recursos humanos em saúde ou a força de trabalho em saúde são todas as pessoas que se dedicam fundamentalmente a ações destinadas a melhorar a saúde das populações. São considerados prestadores de serviços de saúde. Integram o núcleo de cada sistema sanitário e são fundamentais para a promoção da saúde (BARRY *et al.*, 2010).

Esse grupo ocupacional está experimentando aumento do estresse e da insegurança em virtude de suas reações a um complexo conjunto de forças, como globalização, competição, envelhecimento da população, doenças emergentes, conflitos sociais e violência. As referidas situações constituem desafios para as instituições e para os protagonistas dos sistemas (trabalhadores, gestores e usuários) porque dependem de preparo e disposição política para que se encontrem as estratégias de enfrentamento dos mesmos (UFMG; NESCON, 2007).

Deve-se notar que o número de pessoas contratadas, a qualificação, a função e a distribuição de acordo com as funções e regiões geográficas influenciam os resultados obtidos na prestação de serviços de saúde (BARRY *et al.*, 2010).

Está reconhecida a necessidade de se reverterem à gestão e as condições de trabalho dos TS, que incluem dois pólos: 1) As condições de emprego, que dizem respeito à natureza da relação entre o empregador (ou a empresa) e o empregado; 2) as condições de trabalho propriamente ditas, que designam as pressões e os constrangimentos presentes no ambiente físico e organizacional em que as tarefas são desenvolvidas (ASSUNÇÃO, 2011). Na África, os cuidados de saúde dependem da resposta dos governos aos desafios postos para reverter a estrutura atual da gestão e da força de trabalho no setor. A maioria dos países naquele continente carece de enfermeiros e de médicos, especialmente em áreas rurais e remotas (MOOSA *et al.*, 2014).

O Brasil, cuja política nacional de promoção da saúde do trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS (MS, 2011) será tomada como referencial para a análise comparada, esteve à frente, a partir de 2007, da iniciativa latino-americana para melhorar gestão e as condições de trabalho no setor. O documento de Ouro Preto¹ resultou do esforço da Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental (SDE), articulada com a Área de Sistemas e Serviços de Saúde (HSS), da Organização Pan-Americana de Saúde, junto à UFMG do Brasil, no marco do Programa de Cooperação Internacional em Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS – Brasil (TC41). Cujas ações contaram com apoio do Departamento de Gestão do Trabalho e da Regulação em Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (DEGERTS/SGTES), do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DESAST/SVS) e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde do Brasil (OPAS, 2010, p. 5).

Globalmente, está reconhecida a necessidade de garantir a presença de profissionais de saúde suficientemente treinados e seguros para alcançar melhores resultados de saúde das populações (GUPTA e POZ, 2009). A crise da força de trabalho em saúde tem sido identificada como o principal obstáculo para alcançar a maioria das metas de saúde e de desenvolvimento. Nesse

¹ Em Ouro Preto, Brasil, 2007 visou a produção de um plano para desenvolver uma política interpaíses no âmbito das condições de saúde e trabalho dos trabalhadores de saúde. Consultar <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0942.pdf>

âmbito, os governos são convocados a identificar os problemas sanitários para planejar a força de trabalho, a retenção, o recrutamento e a formação, a fim de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para a saúde (United Nations - UN, 2000; BANGDIWALA *et al.*, 2010).

Diversos autores têm apresentado diferentes contribuições, capazes de levar à compreensão de como aperfeiçoar a gestão e resolver problemas de distribuição e retenção de recursos humanos:

- Segundo Steinmetz *et al.* (2014), a duração ou tempo de trabalho (incluindo trabalhar em tempo parcial, horas extras e período de permutação entre os turnos), a insatisfação no trabalho e baixos salários ou baixa satisfação salarial afetam significativamente a intenção de permanência no local de trabalho. Nesse âmbito, ao se seguir uma política de aumentos salariais, a satisfação com o salário (considerando que, além de um salário alto, a satisfação com o salário seja essencial) e a atenção para os possíveis problemas de horários de trabalho são estratégias adequadas na gestão e na retenção de profissionais de saúde;
- Para Amde *et al.* (2014), uma forte liderança no planejamento e gestão dos recursos humanos, com melhoria dramática na capacidade das instituições acadêmicas para treinar profissionais de saúde e líderes dos sistemas de saúde, é uma das chaves para solucionar a crise dos sistemas de saúde, principalmente em muitos países africanos;
- A política de gestão de recursos humanos se alinha às competências essenciais à orientação estratégica da organização. Dessa forma, um modelo de gestão por competências alcança grande parte das políticas e processos de recursos humanos, tais como: seleção, atração e retenção de pessoal, treinamento e desenvolvimento, educação corporativa, planos de cargos e salários, avaliação e programas voltados às carreiras (CRUZ *et al.*, 2012);
- Chen (2010) defende que o desafio é desenvolver estratégias eficazes em contextos específicos. Um grupo recente de peritos da OMS desenvolveu quatro categorias de estratégias sobre o aumento do acesso a profissionais de saúde em áreas remotas e rurais, através da melhoria de retenção: educação, regulação, incentivos financeiros e de

gerenciamento, além de suporte dos sistemas sociais. De acordo com Dolea *et al.* (2009), os países podem, no nível de cada uma dessas categorias estratégicas, promover intervenções educativas, tais como: recrutamentos alvos de áreas rurais e desenvolvimento profissional contínuo; intervenções regulatórias, tais como requisitos de serviço obrigatório; criar incentivos financeiros, como aumentos de salário ou diferentes tipos de subsídios e intervenções que tratam do ambiente de trabalho e de vida, como a supervisão de apoio, sistemas de gestão de recursos humanos melhorados, redes de profissionais e mais amplos programas de desenvolvimento rural.

O funcionamento e o crescimento dos sistemas de saúde são dependentes dos TS, de seus esforços e da combinação de competências na execução das tarefas diárias (GUPTA e POZ, 2009).

A gestão do trabalho em saúde é uma instância nuclear na gestão dos sistemas de saúde. Ultrapassa, portanto, os protocolos ou procedimentos tradicionalmente desenvolvidos no “departamento de pessoal”. Por essa razão, pensar a gestão do trabalho em saúde envolve, tanto na prática quanto na teoria, lidar com processos (econômicos, políticos, técnicos e culturais) que afetam os protagonistas dos sistemas (Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2010). O presente estudo foca em uma das dimensões implicadas na gestão, sendo aquela relacionada às condições em que atuam os trabalhadores (ASSUNÇÃO *et al.*, 2012a). Dificuldades relativas à gestão do trabalho, como a ausência de estrutura física adequada, efetivo reduzido e a insuficiência de materiais e equipamentos para atuar, atingem a atividade dos TS.

Tendo como base o marco institucional, que assume a importância do trabalho e dos TS para os sistemas, buscou-se identificar e compreender quais seriam os avanços, perspectivas e necessidades em Angola, Cabo Verde e Moçambique, no âmbito da gestão do trabalho em saúde. Os desafios nos países africanos para a saúde estão expostos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de 2000 (UN, 2000), na Declaração de Ouagadougou, 2008 (BARRY *et al.*, 2010) e no relatório do Comitê Regional Africano da sexagésima segunda sessão – *Roteiro para reforçar os RHS com vista a melhorar a prestação de serviços na região africana 2012-1025* (OMS, 2012a), reforçando os propósitos da presente pesquisa. Estes dois últimos marcos institucionais embasaram a construção da metodologia de pesquisa.

O documento intitulado “Roteiro para reforçar os recursos humanos para a saúde, com vista a melhorar a prestação de serviços na região Africana 2012-2025” explicita os seguintes objetivos:

- a) Reforçar a capacidade de governança e liderança dos RHS, de modo a aumentar o diálogo político e social e criar mecanismos claros de coordenação entre os ministérios da saúde, finanças, função pública, educação, setor privado e outras partes interessadas;
- b) Criar ou reforçar mecanismos para regular os profissionais de saúde na sua produção e na prática das suas atividades;
- c) Investir na produção de RHS para intensificar a educação e a formação de profissionais de saúde, por meio dos esforços conjuntos dos países e dos parceiros do desenvolvimento, e avaliar as capacidades de formação nos países, incluindo o setor privado;
- d) Melhorar a utilização, a fidelização e o desempenho dos profissionais de saúde existentes, de forma a assegurar uma distribuição geográfica e organizativa equilibrada e a formulação de estratégias para atrair e fidelizar profissionais de saúde qualificados, sobretudo nas zonas rurais;
- e) Melhorar a informação e as evidências sobre os profissionais de saúde, incluindo o aceleração da criação de observatórios nacionais de RHS como componente de um observatório nacional de saúde mais amplo, e desenvolver capacidades de investigação para os RHS;
- f) Dispensar fundos adequados e aumentar a previsibilidade e a sustentabilidade do financiamento para os planos de desenvolvimento dos RHS;
- g) Institucionalizar, reforçar e manter mecanismos para o diálogo e a colaboração entre os principais parceiros e partes interessadas;
- h) Elaborar roteiros nacionais em consonância com os planos estratégicos nacionais de RHS;
- i) Aumentar os recursos internos (públicos e privados), bem como mobilizar financiamentos dos doadores para o desenvolvimento dos RHS (WHO; AFRO, 2012a).

A *Declaração de Ouagadougou sobre cuidados de saúde primários e sistemas de saúde em África: melhorar a saúde em África no novo milénio*, elaborada durante a conferência internacional sobre cuidados de saúde primários e sistemas de saúde em África, realizada em 2008, em Ouagadougou, Burkina Faso, tem o objetivo de revisar as experiências passadas em atenção primária à saúde (APS) e redefinir as orientações estratégicas para a intensificação das intervenções essenciais de saúde com vistas a alcançar os ODM relacionados com a saúde, usando a abordagem dos CSP para o reforço dos sistemas de saúde, através de um renovado compromisso de todos os países da região africana (AHO *et al.*, 2014b).

O objetivo da gestão de recursos humanos em saúde é garantir que a força de trabalho em saúde esteja disponível e funcional (efetivamente planejada, gerida e utilizada) para fornecer serviços de saúde eficazes. É nesse âmbito que a declaração de Ouagadougou apela para o reforço à capacidade das instituições de formação e da gestão, motivação pessoal e retenção, a fim de melhorar a cobertura e a qualidade do atendimento nos países (AHO *et al.*, 2014b). As seguintes recomendações são propostas para a consideração dos estados-membros:

- a) Desenvolver políticas e planos abrangentes para o desenvolvimento do pessoal da saúde, dentro do contexto de políticas e planos nacionais de saúde;
- b) Reforçar a capacidade das instituições de formação para ampliar sua produção de gestores de saúde, tomadores de decisões e profissionais de saúde de nível médio que possam oferecer serviços, de promoção, prevenção, reabilitação e de cuidados de saúde baseados nas melhores evidências disponíveis;
- c) Desenvolver e implementar estratégias de motivação e retenção da força de trabalho em saúde, incluindo a gestão da migração, através de acordos bilaterais e multilaterais para reverter e conter a crise da migração dos profissionais de saúde;
- d) Gerar e utilizar evidências através de reforçados subsistemas de informação de RHS, observatórios e pesquisa, para informar a política e o planejamento da implementação;
- e) Fomentar parcerias e redes de intervenientes para aproveitar o contributo de todos para fazer avançar a agenda do pessoal de saúde (BARRY *et al.*, 2010).

Diante dos pressupostos e dos objetivos explícitos no roteiro para reforçar os recursos humanos para a saúde 2012-2025 (OMS, 2012a) e na Declaração de Ouagadougou (BARRY *et al.*, 2010) foram também elaboradas as variáveis para a pesquisa.

Por meio do Programa de Estudantes-Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG)², fruto da ação conjunta entre a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e o Departamento Cultural (DC) do Ministério das Relações Exteriores (MRE), a autora deste estudo se deslocou de sua cidade Maputo, capital de Moçambique, para permanecer em Belo Horizonte, Brasil, durante 24 meses, resultando na presente dissertação como parte dos requisitos para o mestrado no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG (PPGSP/UFMG).

O presente estudo focalizou a situação atual da gestão do trabalho e emprego dos TS em Angola, Cabo Verde e Moçambique, buscando compreender de que maneira os TS são protegidos e fortalecidos em seus locais de trabalho naqueles países. Estando relacionada à situação dos TS no continente africano, a pesquisa se articula aos objetivos do PEC-PG, uma vez que os resultados serão úteis para compreender os dispositivos internos no âmbito da gestão do trabalho em saúde em cada país. A análise comparada propiciará a identificação de elementos críticos em cada país. Os resultados serão divulgados em veículos institucionais específicos e em periódicos científicos em saúde pública a fim de contribuir para a elaboração de políticas e ações setoriais.

Este volume está organizado em nove tópicos. No primeiro e atual tópico, é apresentada a introdução, que compreende a visão geral do trabalho e conceituação do tema. No segundo tópico é apresentado o contexto e a relevância do tema. Na sequência, será focalizado o panorama da situação atual do trabalho e dos TS no contexto mundial, nos países africanos, e nos Países

² O PEC-PG constitui atividade de cooperação educacional exercida entre países em desenvolvimento com os quais o Brasil mantém acordo de cooperação educacional, cultural ou de ciência e tecnologia. Tal Programa contribui para a formação de recursos humanos por meio de concessão de bolsas de mestrado e doutorado para a realização de estudos em Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras que emitam diplomas de validade nacional, em programas de pós-graduação *stricto sensu* com nota igual ou superior a 03 (três) na CAPES, e aprimorar a qualificação de professores, pesquisadores, profissionais e acadêmicos, visando sua contribuição para o desenvolvimento de seus países. A CAPES organiza e avalia o sistema de pós-graduação no Brasil. O Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFMG recebeu, em 2013, o conceito 6, sendo 7 a nota máxima. (CNPq, 2014).

Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Este tópico remete o leitor aos principais achados da literatura, considera o problema observado, e consequências para os sistemas de Saúde e para os trabalhadores. Visando esclarecer o propósito e finalidade do estudo, são traçados e apresentados os objetivos geral e específicos da pesquisa, no terceiro tópico. O quarto tópico esta destinado à metodologia. Ela descreve o percurso metodológico e o delineamento da pesquisa, as variáveis em análise, os meios de obtenção de dados e a forma de tratamento e análise de dados utilizados para o estudo. O quinto tópico é reservado à apresentação dos resultados, com a explanação dos dados obtidos para cada país, no contexto de cada variável em análise. Analisa e discute os mesmos, tendo na experiência do Brasil um referencial para a análise comparada. Em seguida, procede a síntese dos resultados, no sexto tópico. No sétimo tópico são apresentadas as considerações finais. No oitavo, as referências bibliográficas, destacam-se as principais referências bibliográficas utilizadas e devidamente citadas na elaboração do trabalho. Por último, o nono tópico contém os anexos.

2. CONTEXTO E RELEVÂNCIA DO TEMA

2.1 Situação Atual do Trabalho e dos Trabalhadores do Setor Saúde

As novas tendências dos modelos de organização do trabalho e as mudanças tecnológicas e socioeconômicas têm influenciado a atuação profissional. Nesse contexto, são requisitados trabalhadores com multiquificações, capacitados e experientes. Assim justifica-se a preocupação com a gestão das condições do trabalho e conseqüentemente, com a saúde dos trabalhadores. Isto é particularmente verdadeiro na África.

Pesquisas científicas têm mostrado que a qualidade do cuidado com a saúde depende da maneira com a qual os sistemas encaram as necessidades e a subjetividade dos trabalhadores no exercício de suas tarefas. A realidade indica que tais sujeitos estão vulneráveis às condições e à própria natureza de trabalho, com efeitos negativos sobre as suas potencialidades, perspectivas e engajamento nos serviços (UFMG; NESCON, 2007).

Os profissionais de saúde desempenham um papel central e crítico na melhoria do acesso e no cuidados de saúde para a população. Eles fornecem serviços essenciais que promovem a saúde, previnem e tratam as doenças dos indivíduos, famílias e comunidades. Por isso é fundamental criar mecanismos para fortalecer os TS (WHO, 2014a).

As reformas sanitárias em escala mundial transformaram os processos de trabalho. Observa-se modificação da relação entre os TS e o usuário diante do novo formato da assistência orientada pelo paradigma do cuidado em substituição ao modelo hospitalocêntrico (SMITH *et al.*, 2007).

Ademais, os avanços tecnológicos modificaram a propedêutica e o plano terapêutico com repercussões sobre a atividade desenvolvida nos estabelecimentos de saúde (JONGE *et al.*, 1999). Nesse contexto seriam esperadas inovações nos modelos de gestão do trabalho. Uma melhor gestão do trabalho estimularia melhores resultados dos sistemas de saúde, como aumento da produção, satisfação e motivação de trabalhadores, melhoria no relacionamento interpessoal, facilidade no desenvolvimento de competências e capacidades profissionais, dentre outros resultados indiretos, como a redução de riscos e acidentes de trabalho.

Mudanças tecnológicas, sociais e as condições econômicas globais estão agravando os riscos de saúde existentes e criando novos riscos. Milhões de trabalhadores em todo mundo estão expostos a condições de trabalho insalubres e perigosas, sem acesso a qualquer sistema de proteção. As doenças profissionais continuam sendo as principais causas das mortes relacionadas com o trabalho. No setor da saúde, a magnitude dos riscos profissionais ainda não é bem clara, principalmente devido ao estigma e ao sentimento de culpa, associados aos acidentes (International Labour Organization; WHO, 2005).

Várias agências, instituições e governos apoiam a cooperação interpaíses na América Latina e Caribe por meio de diversas iniciativas e ações, entre as quais citam-se a Resolução sobre os Observatórios de Recursos Humanos em Saúde (2004) e o *Manual Salud y Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud* (2005), que foi destinado a gerentes e administradores dos sistemas e dos serviços de saúde (UFMG; NESCON, 2007).

A “*Chamada à Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde* (2006-2015)” (2006) buscou mobilizar atores transnacionais do setor saúde e de outros setores relevantes e da própria sociedade civil, a fim de construir coletivamente políticas e intervenções para o desenvolvimento dos profissionais da saúde. A Chamada está embasada nos ODM e nas metas que reforçam as prioridades nacionais e de acesso aos serviços de saúde com qualidade para todos os povos das Américas até o ano de 2015 (OPAS; Ministério de Saúde do Brasil - MS, 2006).

O Relatório Mundial da Saúde (2006) sob o lema “Trabalhando Juntos pela Saúde” alertou sobre a escassez mundial de quase 4,3 milhões de médicos, parteiras, enfermeiras e trabalhadores de apoio. Em resposta, a quinquagésima nona Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Resolução WHA 59.23, a qual reconhece a *centralidade dos recursos humanos para a saúde para o funcionamento eficaz dos sistemas de saúde dos países* e convoca o uso de estratégias inovadoras, com vistas a maximizar as contribuições dos profissionais de saúde (WHO, 2014a).

Em 2008 e 2011, ocorreram o I e o II Fórum Global sobre Recursos Humanos para a Saúde em Uganda (Kampala) e na Tailândia (Bangkok), respectivamente, com o objetivo de melhorar os RHS com vista ao alcance dos ODM relacionados à saúde. Ambos os Fóruns motivaram a adesão de participantes que se comprometeram a adotar agendas ambiciosas e adequadas para traduzir a

vontade política, a liderança e a parceria em ações sustentáveis e eficazes no tocante ao fortalecimento dos TS (GHWA, 2014). A reunião de Kampala exortou uma ação imediata e sustentada para resolver a escassez crítica de profissionais de saúde em todo o mundo. Tanto a Declaração de Kampala quanto a Agenda para a Ação Global adotaram a seguinte chamada:

Todos os países devem priorizar a formação e recrutamento de pessoal de saúde e proporcionar incentivos adequados e melhores condições de trabalho, com vista a garantir a manutenção de saúde dos TS.

O II Fórum Global adotou o tema “*Revisão do progresso, renovando compromissos com os trabalhadores de saúde para os ODM*”, tendo construído uma plataforma para analisar os progressos realizados no cumprimento dos compromissos enunciados no I Fórum (GHWA, 2014). Enfatizou a necessidade de financiamento para o desenvolvimento de profissionais de saúde por meio de uma combinação de recursos nacionais e internacionais, no âmbito da formação, remuneração e melhoria das condições de trabalho. Esse Fórum almejava adequar alocação e as necessidades de recursos e apoio, reforçar os mecanismos de gestão financeira e garantir que todas as pessoas independentemente de onde estiverem tenham acesso a um profissional de saúde (WHO; GHWA, 2011).

Em 2013, em Recife, Brasil, ocorreu o III Fórum Global sobre Recursos Humanos para a Saúde, sob o tema “*Recursos Humanos para a Saúde: fundação para a cobertura universal de saúde e agenda de desenvolvimento pós-2015*”, do qual participaram vários representantes dos estados membros, dentre eles, representantes de Angola, Cabo Verde e Moçambique.

Na Declaração de Recife, foram listadas múltiplas medidas a fim de reduzir as desigualdades em saúde. Entre elas, o aumento dos recursos financeiros e outras medidas concentradas na melhoria da utilização dos recursos existentes, através de uma melhor governança, melhoria da gestão e desempenho, promoção da igualdade e acessibilidade, melhoria da formação e melhor distribuição e retenção de pessoal existente.

Vislumbra-se alcançar resultados relacionados ao fortalecimento dos sistemas de informação sobre RHS, por meio de soluções inovadoras e de pesquisa. A Declaração não deixa dúvidas:

“Cada país terá de tomar as medidas adequadas de acordo com a sua própria situação, tendo em mente que o financiamento é apenas uma parte do problema” (GHWA, 2014).

Cumprе ressaltar a atualidade do tema “gestão do trabalho e emprego em saúde”, cuja origem está afirmada em pelo menos seis documentos considerados chave para a estrutura do presente estudo:

- O Relatório Mundial da Saúde 2006 “trabalhando juntos pela saúde” apresenta uma análise da crise da força de trabalho em saúde e uma proposta para lidar com a questão em um horizonte temporal de 10 anos (Organização Mundial da Saúde - OMS, 2006).
- A Declaração de Kampala e a Agenda para a Ação Global 2008, resultantes do primeiro fórum global sobre Recursos Humanos em Saúde (RHS), pediram uma ação imediata e sustentada para resolver a escassez crítica de profissionais de saúde em todo o mundo (WHO; Global Health Workforce Alliance - GHWA, 2008).
- A Declaração de Ouagadougou 2008, sobre cuidados de saúde primários e sistemas de saúde em África, com vista a melhorar a saúde em África no novo milênio. Representa um passo importante e uma oportunidade para fortalecer os sistemas de saúde Africanos (BARRY *et al.*, 2010).
- A Estratégia 2013-2016: avançando a agenda de saúde da força de trabalho dentro da cobertura universal de saúde, com vistas a que todas as pessoas em todos os lugares tenham acesso a um profissional de saúde qualificado, motivado e apoiado, dentro de um sistema de saúde robusto (WHO; GHWA, 2012).
- O Documento AFR/RC62/7 aprovado na sexagésima segunda sessão do Comitê Regional Africano em 2012, sobre as diretrizes para a ampliação dos RHS para melhorar a prestação de serviços de saúde na região africana 2012-2025 (OMS, 2012a).
- A Declaração política de Recife para RHS, 2013: compromissos renovados para a cobertura de saúde universal, com o objetivo de garantir que um maior número de países se mova com maior velocidade em direção à meta de cobertura de saúde universal (WHO, 2013b).

2.2 Situação Atual do Trabalho e dos Trabalhadores do Setor Saúde no Continente

Africano

Ainda que seja amplamente reconhecida a importância dos TS para desempenho dos sistemas de saúde, para a qualidade do atendimento e para o cumprimento dos ODM, a escassez dos profissionais é global. Tal realidade é mais aguda na África subsaariana, onde a magnitude do problema já atingiu níveis críticos: dos 57 países que sofrem de um déficit crítico de pessoal, 36 encontram-se naquela região, entre eles três países são de língua oficial portuguesa: Moçambique, Angola e Guiné Bissau (WHO, 2010).

A escassez aguda de profissionais de saúde qualificados significa que a maioria dos países não consegue dispor de profissionais de saúde qualificados em número suficiente para as ações necessárias. Vale destacar que os referidos países têm se comprometido com a resolução do problema por meio de planos e estratégias dirigidas aos TS. Ainda assim, todos eles enfrentam grandes desafios e obstáculos para alcançar êxito.

Na África subsaariana, o déficit alcança mais de um milhão de prestadores de serviços de saúde e trabalhadores de apoio à gestão. Enquanto a região tem 11% da população mundial e 24% da carga global de doenças, ali se encontram apenas três por cento dos TS registrados mundialmente. Os respectivos países terão de triplicar o número atual de trabalhadores, se quiserem atingir os ODM (WAKABA *et al.*, 2014). Sabe-se que as deficiências dos sistemas configuram grande obstáculo à reestruturação da força de trabalho em saúde (OMS, 2012a).

Os serviços de saúde têm sofrido erosão, falta de investimento, ajustes estruturais e cortes de financiamento. No Quênia, Tanzânia e no Zimbábue, por exemplo, há enfermeiras desempregadas, apesar das necessidades locais; em contrapartida, a alta carga de trabalho e as condições de trabalho têm sido as principais causas das migrações dos TS para outros países (UFMG; NESCON, 2007). No Quênia existe uma escassez geral de enfermeiros no setor público, em todo o país, associada a uma má distribuição do efetivo (WAKABA *et al.*, 2014).

A Declaração de Ouagadougou, Burkina Faso, sobre cuidados primários e sistemas de saúde na África é clara ao mencionar a meta de “*Alcançar melhor saúde para África no novo milênio*”. A Declaração indica nove áreas prioritárias no setor saúde: liderança e governabilidade na área da saúde, prestação de serviços, recursos humanos, financiamento, sistemas de informação,

tecnologias, participação da comunidade, parcerias para o desenvolvimento de saúde e pesquisa (BARRY *et al.*, 2010).

Em 2010, em Nairóbi, Quênia, foi realizado um balanço dos progressos e realizações referentes à Declaração de Kampala e à Agenda para Ação Global, além de explorar ações africanas. Avaliou-se o compartilhamento de experiências, as inovações e lições nas principais áreas críticas que afetam a força de trabalho da saúde na África, como a migração dos profissionais de saúde, debilidades de liderança e gestão, escassez de agentes comunitários de saúde, e o valor de *sites* para desenvolvimento de sistemas humanos e estrutura de pesquisa. Foram identificadas ações conjuntas por meio das partes interessadas para garantir uma política a longo prazo e ações visando a fortalecer e a ampliar os investimentos na força de trabalho para o fortalecimento de sistemas de saúde no continente (AFRICA HEALTH WORKFORCE OBSERVATORY - AHWO, 2010).

Visando reforçar os recursos humanos para a saúde e melhorar a prestação de serviços de saúde na África, a sexagésima segunda sessão do Comitê Regional Africano da OMS, em 2012, em Luanda, (Angola), adotou e aprovou por unanimidade algumas diretrizes para setor. Foram propostas estratégias e ações para ultrapassar os desafios no tocante à gestão dos profissionais de saúde, capacidade de regulação da força de trabalho em saúde, educação e formação, desempenho, informação aos profissionais de saúde e geração de evidências para a tomada de decisões, diálogo e parcerias (ORHSA, 2014).

O Escritório Regional para a África/OMS elaborou o documento “*Orientações Estratégicas para 2010–2015: Alcançar um Desenvolvimento Sustentável da Saúde na Região Africana*”, o qual estabelece as áreas prioritárias de intervenção. Alerta-se para a necessidade de os sistemas de saúde assumirem a centralidade dos RHS nos sistemas sanitários (OMS, 2010).

Todas as ações citadas visam reverter os grandes desafios que enfrentam os países do continente africano no tocante aos desequilíbrios entre a oferta e demanda de profissionais de saúde. Há várias barreiras para a mudança da situação, entre elas, a falta de coordenação das iniciativas e as competições intra e intersetorial (OMS, 2012a).

Em Moçambique, o financiamento vertical³ é fornecido apenas para programas específicos do Ministério da Saúde (MISAU), os quais são destinados a doenças específicas, como Malária, HIV, Tuberculose, Cólera, entre outras. Uma proporção muito maior é canalizada diretamente para Organizações Não Governamentais (ONGs) que concentram seus projetos de acordo com suas agendas internas. Há deficiências na coordenação e harmonização de tais atividades com prioridades e/ou desafios, identificados no âmbito do Ministério de Saúde e das direções provinciais (MUSSE *et al.*, 2013).

2.3 Situação Atual do Trabalho e dos Trabalhadores do Setor Saúde nos PALOP

Existem problemas transversais e comuns quanto à formação, distribuição geográfica, condições de trabalho, avaliação de desempenho, política e gestão, e financiamento para a força de trabalho em saúde nos PALOP. De uma forma geral, em todos os PALOP há escassez nas seguintes categorias: farmacêuticos, parteiras e médicos. Quanto a estes, constata-se acentuada migração com efeitos sobre a continuidade na prestação de serviços de saúde (COOPERAÇÃO PALOP e TIMOR-LESTE/UE, 2009).

A migração interna tem provocado distorções, uma vez que experientes e graduados gestores de nível sênior buscam por empregos bem remunerados fora do setor público, perpetuando a fixação de gestores novatos com menos treinamento naquele setor (SHERR *et al.*, 2012). As ajudas externas trazem várias contribuições, embora também tenham trazido vários e novos desafios para a gestão na medida em que provocam desequilíbrio no Sistema Nacional de Saúde e perda de pessoal para ONGs financiadas verticalmente (MUSSE *et al.*, 2013).

Há indicadores sobre deficiências dos sistemas de saúde dos PALOP quanto à retenção dos quadros qualificados diante do êxodo de profissionais de saúde do sistema público para ONGs provocado por grandes disparidades salariais e condições gerais de trabalho. A remuneração é insuficiente face às qualificações e exigências profissionais. Ademais são frequentes os riscos ocupacionais por falta de proteção adequada e ausência de acesso a ferramentas básicas (COOPERAÇÃO PALOP e TIMOR-LESTE/UE, 2009).

³ Estas iniciativas são programas que se concentram em uma determinada doença ou grupo de doenças. Iniciativas verticais podem certamente ser eficaz na luta contra um problema específico de saúde.

Há escassez de informação sistematizada e atualizada sobre a gestão e condições de trabalho e emprego. Indica-se a necessidade de documentar práticas de trabalho, existentes tanto no setor público quanto no privado. Em nenhum país dos PALOP existe sistema de informação atualizado com dados fidedignos sobre o perfil da força de trabalho, assim como não existem sistemas de monitoramento da dinâmica do emprego no setor (WHO, 2010).

O estudo desenvolvido pela OMS (2010) sobre os PALOP revelou os seguintes problemas com relação à gestão e as condições de trabalho em saúde:

- A remuneração dos RHS no setor público é, em geral, determinada fora do Ministério da Saúde e entendida como insuficiente.
- As ameaças à saúde dos RHS, em termos de exposição a riscos biomédicos por falta de proteção adequada, são elevadas e, além de gerarem problemas de saúde, podem reduzir a atração dos indivíduos para as profissões de saúde, provocando problemas de recrutamento.
- O acesso a ferramentas básicas de trabalho (medicamentos, equipamentos, informação, entre outros) não está garantido, o que tem um impacto negativo sobre a motivação e o desempenho dos RHS.
- Existem poucos mecanismos de medida e de estímulo do desempenho individual (produtividade e qualidade) ou das equipes.
- Todos os países já adotaram um plano de desenvolvimento dos RHS (Moçambique, Cabo Verde) ou estão em fase de preparação (Angola). Entretanto, esses planos nem sempre têm o apoio de outros atores críticos para sua implementação (por meio de mecanismos de coordenação multissetorial), como os Ministérios da Educação, das Finanças ou da Administração Pública.
- A capacidade de gestão é fraca, por falta de programas de formação dos gestores (no nível estratégico e operacional) e de técnicos (análise estatística, demográfica, econômica) no campo dos RHS.

Em 2008 Foi lançado o projeto “*Apoio ao desenvolvimento dos recursos humanos do setor da saúde dos PALOP 2008-2013*” com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população promovendo uma melhor qualidade dos serviços de saúde e de atualização das capacidades nacionais e regionais de desenvolvimento da força de trabalho em saúde nos PALOP. Espera-se alcançar melhorias nas capacidades nacionais para desenvolver as políticas, implantar e reforçar os sistemas de informação, incluindo observatórios de RHS, melhorar as capacidades das instituições de formação e de educação permanente e garantir o fácil acesso à informação na língua portuguesa e em instituições relevantes dos PALOP (COOPERAÇÃO PALOP e TIMOR-LESTE/ UE, 2014).

Em suma, apesar da relevância dos sistemas de saúde para a sociedade, principalmente para os países em desenvolvimento, incluindo os países africanos, constata-se uma escassez de publicações em bases indexadas, quando o tema diz respeito aos TS. Essa situação é particularmente aguda nos PALOP.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Comparar as capacidades institucionais em três países do continente africano (Angola, Cabo-Verde e Moçambique) no tocante à gestão do trabalho e emprego no setor saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Estudar a situação atual da gestão do trabalho e emprego no setor saúde em Angola, Cabo-Verde e Moçambique, de acordo com os indicadores elaborados para o estudo;
- Identificar as ações e políticas desenvolvidas no Brasil, no âmbito da gestão do trabalho e emprego em saúde;
- Comparar as situações da gestão do trabalho em saúde nos três países em estudo, tendo como referência o caso brasileiro.

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento e Pressupostos Metodológicos

Trata-se de um estudo que adota a abordagem qualitativa para fazer uma análise comparada por meio da pesquisa documental.

Foram escolhidos três países da africana subsaariana, que fazem parte dos PALOP (FIGURA 1), nomeadamente: Angola, Cabo-verde e Moçambique. Estes estão entre os países mais jovens do continente. Dois pressupostos básicos foram considerados para a escolha dos referidos países:

1. O idioma comum, no caso a língua portuguesa.
2. O acesso à informação. Angola, Cabo-Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe são membros dos PALOP, porém o acesso à informação em Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe não foi satisfatório.

Figura 1. Mapa da África: localização dos PALOP “África de língua portuguesa”



Fonte: Adaptado da Associação Empresarial de Portugal; Câmara de Comércio e Indústria, 2010.

Buscou-se uma referência para analisar a situação nos três países. No caso, o Brasil apresenta avanços reconhecidos no tocante à evolução do sistema público de saúde, incluindo a agenda no campo da gestão do trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde, como se verá adiante.

Embora as bases institucionais para o fortalecimento dos TS em âmbito global estejam definidas, as realidades nacionais, principalmente nos PALOP, ainda não foram suficientemente abordadas. Diante de tal constatação, foram utilizados documentos disponíveis em diversas fontes.

A análise de documentos permite extrair e resgatar informações, a fim de ampliar o entendimento do objeto da pesquisa. Recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, portanto, qualquer suporte que contenha informação registrada, formando uma unidade, que possa servir para consulta, estudo ou prova (SÁ-SILVA *et al.*, 2009). Nesse âmbito, a pesquisa documental buscou constituir um *corpus* o mais completo possível, a fim de fornecer elementos para se esgotarem as pistas e fornecer informações valiosas para cobrir as lacunas nessa área.

No âmbito da pesquisa qualitativa em saúde, os resultados de estudos assim configurados permitem alargar as perspectivas das políticas públicas de saúde e explorar os fenômenos identificados e problematizados nos documentos elaborados pelas instituições, organizações dos trabalhadores, gestores e especialistas no assunto (TONG *et al.*, 2007).

A estratégia de comparação dos resultados obtidos visa compreender avanços e barreiras nos sistemas de saúde dos países foco. A comparação diz respeito à busca de diferenças, similitudes ou relações entre fenômenos estudados, contemporâneos ou não, ocorrendo no mesmo ou em distintos espaços (HORTALE *et al.* 1999). A identificação das diferenças e similitudes serve para conhecer situações e vislumbrar possibilidades de mudança. Comparar é uma forma específica de propor e pensar as questões. É uma estratégia utilizada de forma espontânea no cotidiano da vida social. Os seus efeitos são mais fortes quando novas situações ou problemáticas estão presentes de maneira a constituir desafios ou necessidades, como é o caso da situação dos TS nos PALOP (BARROS, 2007).

A seguir apresentam-se três modalidades de comparação, sendo a última àquela que foi empregada no presente estudo:

- Circunscrever um caso ou uma situação em face a outro mais conhecido;
- Confrontar dois casos ou realidades desconhecidos de modo a identificar traços ou elementos em destaque em uma situação e identificar ausências ou lacunas na outra situação ou caso. Nessa modalidade, é comum a descrição de variações de intensidade;

- Circunscrever dois ou mais casos ou situações para, em seguida, fazer analogias e identificar variações em uma mesma estrutura em face a outro caso mais conhecido (ou de referência) (MILLS *et al.*, 2006).

Foram consultados, principalmente pela WEB, relatórios, apresentações, projetos, livros, manuais, artigos, dissertações, teses e outros suportes que continham informação clara e disponível para consulta, fossem documentos impressos, manuscritos ou eletrônicos. O material selecionado passou por uma leitura em profundidade, orientada pelas categorias que constituem o núcleo de cada variável que será descrita a seguir. Foram incluídos todos os documentos que se enquadravam na temática priorizando-se os mais recentes. Destaque especial foi dado à legislação em vigor, aos documentos de fontes oficiais e de instituições internacionalmente reconhecidas (TABELA 1).

As principais bases de dados eletrônicas consultadas foram: OMS (*Global Health Observatory, Global Health Workforce Alliance*), OPAS, Pubmed via medline, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Human Resources for Health* (HRH), portal Cooperação PALOP e Timor-Leste/UE, *sites* oficiais do governo e de saúde de cada País.

Tabela 1. Classificação e descrição das fontes de dados

Período	Tipo	Artigos	Livros Manuais	Dissertações Teses	Fontes oficiais dos governos	Agências internacionais	Outras	Total
1992 - 2014	Nacional A, CV, Mz ⁴	2			35		2	39
2010 - 2014	África	3				2	3	8
1999 - 2014	Brasil	14	7	6	9		4	40
1999 - 2014	Internacional	13	3			42	2	60
Total		32	10 ⁵	6	44	44	11	147

Legenda: A- Angola, CV- Cabo Verde, Mz- Moçambique

Fonte: Autoria própria.

Com vistas a apoiar a organização e a síntese da informação obtida, bem como facilitar a coleta, a análise e a comparação de dados, foi elaborado um roteiro de coleta de dados de cada país (matriz

⁴ Em alguns trabalhos sem identificação clara do local de origem foram consideradas as localizações dos autores principais. Em outros não obstante a participação de autores nacionais considerou-se a origem do trabalho, muitas vezes exterior e em teses e dissertações, as instituições de investigação.

⁵ Foram considerados também capítulos de livros

analítica de dados). O roteiro inclui questões passíveis de dicotomia, no qual os itens foram classificados em dois principais grupos (sim/não), com base nos dados encontrados na análise documental. Esse instrumento é apresentado ao longo do trabalho, no final da apresentação dos resultados de cada país (Angola, Cabo Verde e Moçambique).

4.2 Variáveis Para Análise Comparativa

Após a imersão no tema, com base na literatura científica e institucional, foram identificados conteúdos e dimensões que permitiram a elaboração de variáveis, com potencialidade para designar futuros indicadores de gestão do trabalho e emprego.

A construção dessas variáveis expressa uma gama de conhecimentos no campo da gestão do trabalho e emprego em saúde, entre eles, existência e funcionalidade de sistemas de informação sobre a força de trabalho, observatórios de recursos humanos em saúde, prestação e oferta de serviços de saúde (público e privado), garantias, estratégias e parcerias. Adicionam-se eixos específicos como planos, programas e políticas de saúde ligadas à proteção do trabalhador, programas e políticas de desenvolvimento de recursos humanos, formação, distribuição e retenção de pessoal.

A escolha das variáveis que orientaram a coleta de dados foi baseada nos pressupostos e objetivos explícitos de dois documentos: o *roteiro para reforçar os recursos humanos para a saúde expressa a necessidade de melhorar a prestação de serviços na região Africana 2012-2025* (OMS, 2012a, p.24) e a Declaração de Ouagadougou (BARRY *et al.*, 2010, p.14-15).

Ao final, obteve-se um quadro com quatro variáveis, sendo elas as seguintes: Sistema de informação sobre a força de trabalho; Relação público/privado; Proteção à saúde ocupacional; Força de trabalho em saúde.

Variável 1: Sistema de Informação Sobre a Força de Trabalho

A dimensão central desta variável se assenta na informação sobre a existência de sistemas de informação sobre a força de trabalho em saúde e observatórios de RHS em cada país envolvido no estudo. Buscou-se, também, identificar perspectivas futuras no que concerne às ações e planos com vistas à criação e implantação de um sistema de informação sobre a força de trabalho ou melhoria da informação e geração de evidências, nos sistemas existentes.

Melhorar a informação e as evidências sobre os profissionais de saúde inclui reforçar os sistemas de informação, criando observatórios nacionais de recursos humanos, a fim de compilar e divulgar evidências no nível nacional, sub-regional e regional, bem como capacidades para pesquisas no campo e utilização das evidências produzidas em bases para ações consistentes (WHO; AFRO, 2012b).

Os sistemas de informação sobre a força de trabalho são parte integrante dos sistemas de informação sanitária e um importante componente de qualquer sistema de serviços de saúde. Eles são valiosos tanto para a gestão do próprio sistema de saúde, quanto para o desenvolvimento de pesquisas (WHO, 2010).

Variável 2: Relação Público/Privado

Esta variável busca identificar as características do setor saúde de cada país, ou seja, se a prestação dos serviços é ofertada por ambos setores, compreender as relações público-privado estabelecidas no âmbito do trabalho em saúde com impacto na força de trabalho, bem como os mecanismos de proteção do trabalho e do emprego nesses setores.

Os conceitos público e privado são, muitas vezes, usados para se referir à forma de oferta da assistência à saúde. Seja pelo setor público (Estado) ou privado (empresarial) (MENICUCCI, 2010). Vale ressaltar que o setor privado inclui as agências não governamentais e de filantropia. Embora, ambos setores tenham um papel preponderante na prestação dos cuidados de saúde, o setor privado desempenha um papel fundamental na prestação dos cuidados de saúde nos países africanos (OMS, 2006).

A globalização ocasionou efeitos diretos e indiretos na força de trabalho em saúde de muitos países, tornando a gestão de recursos humanos um desafio mundial na atualidade (HENNINGTON, 2008). Se, por um lado, relações de emprego são flexibilizadas à medida que passam a ser entendidas como a possibilidade de se contratar trabalhadores sem os ônus advindos da legislação do trabalho (direitos e garantias mínimas) (ASSUNÇÃO, 2003), por outro, como resultado inesperado de reformas no setor, a sobreposição público-privada tem crescido, como prática de geração de renda entre os profissionais da saúde na maioria dos países, senão em todos (FERRINHO, *et al.*, 2004).

Variável 3: Proteção à Saúde Ocupacional

A dimensão central dessa variável é a informação sobre o registro de doenças e acidentes de trabalho específicos para os profissionais da saúde. Buscou-se enfatizar o controle do estado vacinal contra hepatite B (a existência de dados disponíveis, sobre o número de vacinados e condições de vacinação) e a contaminação pelo vírus de HIV (dado o impacto e prevalência da epidemia entre os países africanos, em especial na África subsaariana), entre outros aspectos ligados a saúde ocupacional.

Em muitos países, a exposição aos agentes biológicos é um dos principais problemas de saúde ocupacional. O vírus de Hepatite B e Hepatite C, bem como a tuberculose, são as doenças profissionais mais comuns resultantes de tais exposições (WHO, 2014b). A hepatite B é a doença ocupacional infecciosa mais importante para os profissionais de saúde. Ela apresenta maior grau de infectividade do que o vírus da Hepatite C (VHC) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (GARCIA; FACCHINI, 2008) – especificamente, 57 vezes maior que a do HIV. Os profissionais de saúde constituem, portanto, grupo vulnerável, expostos a condições inseguras de trabalho. A vacinação dos trabalhadores diminui a incidência de infecção em 95%, e a vacina para hepatite B é segura e de eficácia reconhecida: 95% dos indivíduos vacinados respondem com níveis adequados de anticorpos protetores. Porém, apesar da eficácia da vacinação, disponível desde 1986, a cobertura universal não foi alcançada (ASSUNÇÃO, *et al.*, 2012b).

Levantamentos de ocorrência de doenças ocupacionais têm mostrado claramente que países mais avançados na atividade de saúde ocupacional preventiva registram um elevado número de acidentes e doenças ocupacionais. Este achado pode indicar que números ainda mais elevados de casos ocorrem em países menos desenvolvidos, mas permanecem em sua maior parte, não reconhecidos, não registrados e conseqüentemente, não diagnosticados e tratados. Muitas vezes, as baixas taxas de diagnósticos e relatórios refletem a incapacidade dos sistemas de saúde em notificar casos de doenças e acidentes de trabalho (WHO, 2014b).

Variável 4: Força de Trabalho em Saúde

Nesta variável, são investigadas, de forma breve e não exaustiva, as seguintes dimensões: desenvolvimento, retenção e distribuição de pessoal.

Atualmente tem sido reconhecido o lugar central de RHS no fornecimento da cobertura de saúde universal e equitativa. Sistemas de saúde fortes requerem recursos humanos bem distribuídos, geridos e devidamente treinados (AMDE *et al.*, 2014). Nesse âmbito, várias chamadas para a ação tem destacado a necessidade de abordar, especialmente, a distribuição desigual de profissionais de saúde dentro dos países (DOLEA *et al.*, 2009).

O estudo da força de trabalho em saúde ganhou destaque, uma vez que a relação direta entre gestão de recursos humanos e efetividade dos sistemas de saúde tornou-se mais evidente. A força de trabalho é um componente fundamental na gestão em saúde, o que explica a necessidade de mudanças no processo de desenvolvimento de recursos humanos (HENNINGTON, 2008). É nesse contexto que a retenção da força de trabalho tem se tornado uma preocupação séria. Sabe-se que a rotatividade de pessoal acarreta custos e pode se tornar um fator extremamente prejudicial para o desempenho organizacional e do sistema de saúde, em geral (STEINMETZ *et al.*, 2014).

5. RESULTADOS

Nessa seção são apresentados os resultados coletados nas fontes supramencionadas (página 36).

Para cada país a subseção será organizada em duas partes:

- Características demográficas e sistema de saúde
- Situação e capacidades institucionais de acordo com as variáveis selecionadas:
 - Sistema de informação sobre a força de trabalho,
 - Relação público/privada,
 - Proteção à saúde ocupacional,
 - Força de trabalho em saúde;

Por fim, uma matriz analítica permitirá a sinopse dos principais elementos.

5.1 ANGOLA

5.1.1 Características Demográficas e Sistema de Saúde em Angola

a) Contexto Geral

Localiza-se na Região Ocidental da África Austral e é banhado pelo Oceano Atlântico. Faz fronteira com: República Democrática do Congo, Zâmbia e Namíbia (GOVERNO DE ANGOLA, 2011). Com uma superfície de 1.246.700 km². Tem uma população de cerca de 21.470.000 habitantes (THE WORLD BANK, 2014a), espalhados pelas 18 províncias do país (FIGURA 2): Bengo, Benguela, Bié, Cabinda, Kuando-Kubango, Kwamza-Norte, Kwanza-Sul, Cunene, Huambo, Huíla, Luanda (capital), Luanda-Norte, Luanda-Sul, Malanje, Moxico, Namibe, Uíge e Zaire (GOVERNO DE ANGOLA, 2011). Tendo o país, em Novembro de 1975, se tornado independente.

Figura 2. Mapa de Angola



Fonte: Adaptado de Bembe, 2010.

Possui uma grande diversidade cultural. Influenciada por diferentes etnias com seus 42 idiomas (ePORTUGUÊSe OMS, 2011). O Português é a língua oficial, e para além de diversas línguas nacionais (dialetos), os mais falados são: Kikongo, Kimbundo, Tchokwe, Umbundo, Mbunda, Kwanyama, Nhaneca, Fiote e Nganguela (GOVERNO DE ANGOLA, 2011).

Dotado de uma vasta riqueza de recursos naturais, estima-se que o seu subsolo albergue 35 dos 45 mais importantes recursos minerais do comércio mundial. Entre os quais se destacam o petróleo, gás natural, diamantes, fosfatos, substâncias betuminosas, ferro, cobre, magnésio, ouro e rochas ornamentais (GOVERNO DE ANGOLA, 2011).

A economia do país é baseada principalmente na Indústria (diamantes, minérios de ferro... na produção do petróleo e suas atividades de apoio), Agricultura (cana de açúcar, algodão, produtos florestais, entre outros) e serviços.

Entre os parceiros econômicos do país estão: a China, Portugal, Brasil, Espanha, Alemanha, Japão e União Europeia (CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY-CIA, 2014). O país é membro da União Africana, da OIT, da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), dos PALOP, da União Latina, da Organização das Nações Unidas (ONU), *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), do Comitê Regional Africano da OMS e da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (SADC).

b) Indicadores Econômicos

O crescimento econômico de Angola, medido pelo seu produto interno bruto (PIB), abrandou durante o ano de 2013 (o crescimento do PIB real foi de 4,1% em 2013, em comparação com 5,2% em 2012) com resultados mais baixos no desempenho do setor petrolífero que representou mais de 40% do PIB durante esse período. Entretanto, O PIB não resultante do petróleo tem vindo a acelerar graças ao desenvolvimento no setor da eletricidade e a recuperação do setor agrícola (THE WORLD BANK, 2014a).

O país, atualmente está classificado no grupo de renda média alta entre os países em desenvolvimento da África subsaariana, com um PIB de 121.700.000.000 dólares, um crescimento do PIB de 4,1% e 8,8% de inflação (THE WORLD BANK, 2014a), rendimento Nacional Bruto (RNB *per capita*) de 6.323 (2011 PPC⁶ dólar) em 2013 (PNUD, 2014) e uma taxa de participação da força de trabalho da população adulta feminina e masculina: 62,9% e 77,1%, para 2011, respectivamente (UNITED NATIONS, 2014).

c) Indicadores Sociais

Angola é um país jovem onde a idade média da população é de 17,9 anos (CIA, 2014) e 60% da população reside na área urbana (GHO; WHO, 2013). A taxa estimada de alfabetização de adultos (a partir de 15 anos) era de 70% até 2010 (PNUD, 2013) e o IDH de 0,526 (considerado baixo), segundo os dados do PNUD (2014). Os gastos com educação eram de 3,5% do PIB em 2010. A taxa de migração da população atual é de 0,47 migrantes/1000 habitantes.

Em 2012, apenas 34% da população rural tinha acesso à fonte de água potável (CIA, 2014). Aproximadamente 36% da população vive abaixo da linha da pobreza e o desemprego permanece elevado em 26% (MUZIMA; MAZIVILA, 2014).

d) Indicadores de Saúde

Desde 2005, o acesso a serviços de saúde tem tido um leve aumento, mas até 2010 ainda atingia menos da metade da população (CONNOR *et al.*, 2010). Em 2012, a percentagem da população com acesso melhorado a instalações de saneamento era de 60,1%, dos quais 86,6% era população

⁶ Paridade do poder de compra mede quanto uma moeda pode comprar em termos internacionais (em dólar).

urbana e 20,1% rural. A densidade de médicos (dado de 2009) era de 0,17 médicos/1000 habitantes. Em 2011 3,5% do PIB eram gastos com a saúde (CIA, 2014).

Dentre os problemas de saúde constantes em 2011 em Angola, estavam as elevadas taxas de pessoas infectadas pela cólera, endemia de febre amarela, malária e a preocupante disseminação do HIV (OBSERVATÓRIO DOS PAÍSES DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA-OPLOP, 2011). A taxa de incidência de HIV/SIDA na população adulta em 2012 era de 2,3%, sendo que 248.800 pessoas viviam com HIV nesse período (CIA, 2014).

A taxa de natalidade atual é de 38,97 nascimentos/1000 habitantes e a expectativa de vida ao nascer para homens e mulheres é de 54,16 e 56,47 anos, respectivamente. A taxa de mortalidade atual é de 11,67 mortes/1000 habitantes (CIA, 2014). A esperança de vida ajustada (EVA) em 2007 era de 45 anos (PNUD, 2013).

e) Sistema de Saúde em Angola

Os sistemas de saúde abarcam todas as organizações, instituições e recursos que são dedicados à produção de ações de saúde. A ação de saúde é definida como qualquer esforço, seja em cuidados pessoais de saúde, serviços de saúde pública ou por meio de iniciativas intersetoriais, cujo objetivo principal é melhorar a saúde. Os sistemas de saúde são descritos tendo em conta seis blocos. São eles: prestação de serviços, profissionais de saúde, informações, produtos médicos, vacinas e tecnologias, financiamento, e liderança e governança (administração) (AHO *et al.*, 2014a).

Como previsto no artigo 23º da lei de bases do Sistema Nacional de Saúde, o Serviço Nacional de Saúde de Angola caracteriza-se por ser universal, prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação, ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, garantir a equidade no acesso dos utentes com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados, e ter gestão descentralizada e participativa (ANGOLA, 1992).

O sistema de prestação de cuidados de saúde estratifica-se em três níveis hierárquicos de prestação de serviços, baseados na estratégia de cuidados primários de saúde:

- Nível primário

Constitui o ponto inicial de contato da população com o sistema de saúde. Desenvolvem-se atividades preventivas e curativas de doenças e lesões correntes, tais como educação para a saúde, consultas pré e pós-natal, planejamento familiar, assistência ao parto e cuidados obstétricos básicos e completos, vacinação, e controle do desenvolvimento e crescimento da criança (ANGOLA, 2010). Esse nível é representado pelos postos e centros de saúde, incluindo centros materno-infantis, centros de saúde de referência ou hospitais municipais, unidades de cuidados obstétricos de urgência, postos de enfermagem e consultórios médicos, dedicados à prestação dos cuidados primários de saúde (MINSa, 2012).

- Nível secundário

É o nível de referência para as unidades do primeiro nível. Representado pelos hospitais gerais (provinciais) (ANGOLA, 2010), com a função de prestarem atenção polivalente de média complexidade, em uma gama maior de prestação de serviços, em complementaridade à atenção primária. Esse tipo de unidade sanitária geralmente está situada na sede provincial, onde tem um papel fundamental na realização de atividades de formação permanentes e na garantia da qualidade de procedimentos clínicos. O País conta com vinte e dois Hospitais Gerais. As unidades de segundo nível debatem-se com a falta de quadros especializados, principalmente nas áreas fundamentais de Medicina, Pediatria, Ginecologia- obstetrícia e Cirurgia. Outros problemas para o bom funcionamento das Unidades Sanitárias relacionam-se com o débil abastecimento regular de energia elétrica e água potável (MINSa, 2012).

- Nível terciário

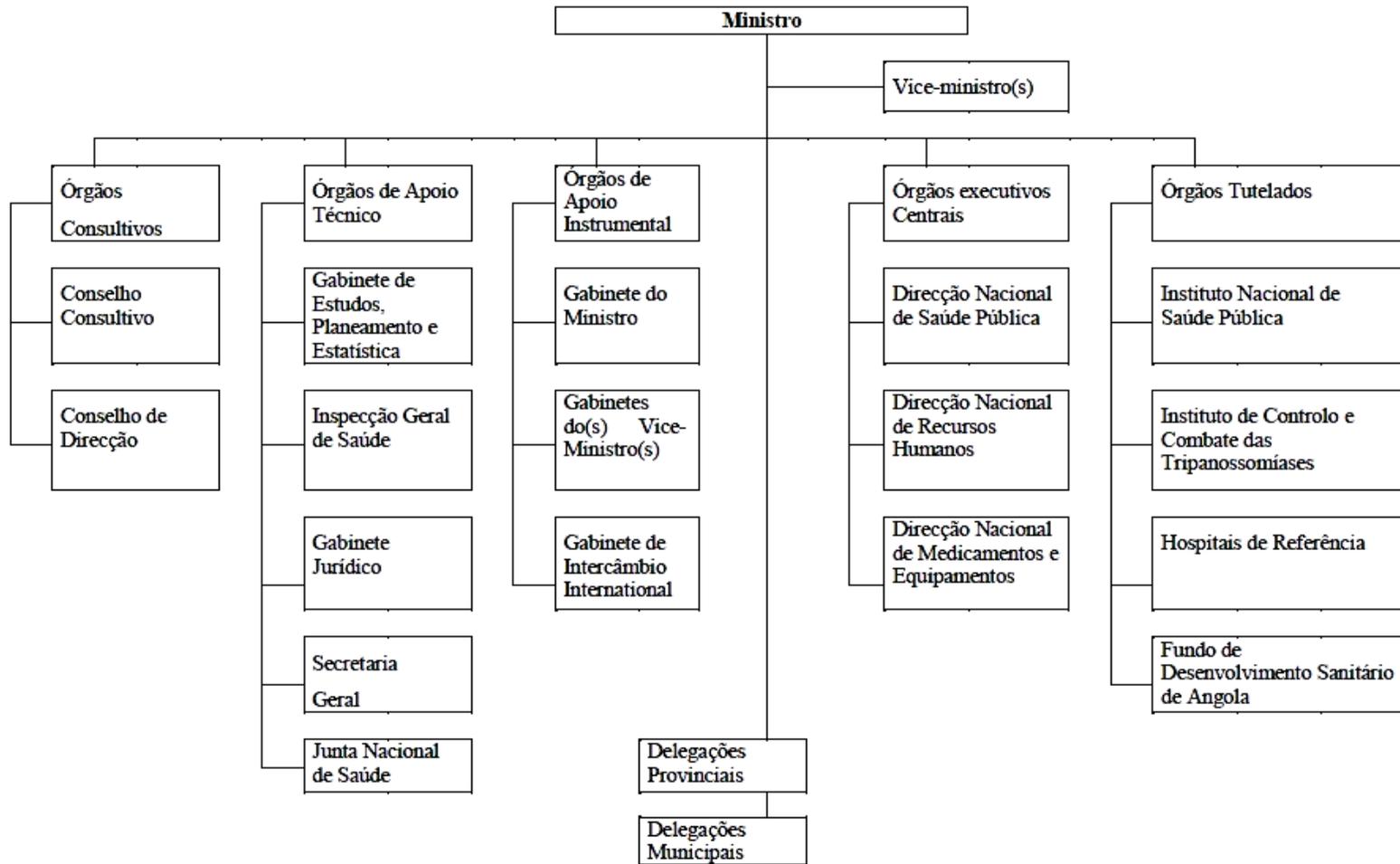
É o nível de referência para as Unidades Sanitárias do nível secundário. Constituído pelos hospitais centrais, de referência mono e polivalentes diferenciados e especializados (ANGOLA, 2010). No nível dos serviços terciários registam-se ainda dificuldades na gestão hospitalar e no desenvolvimento da investigação, por falta principalmente de pessoal qualificado. Outras deficiências prendem-se com o débil apetrechamento em meios técnicos e tecnológicos de alta complexidade, dispositivos médicos, medicamentos, manutenção de infraestruturas e de equipamentos, e com o fornecimento irregular de energia e água (MINSa, 2012).

Os sistemas de referência e contra referência são instrumentos importantes de integralidade e continuidade da assistência nos três níveis de oferta de serviços. Apesar dos instrumentos normativos existentes fazerem alusão à sua existência, estes não estão suficientemente regulamentados e conseqüentemente, não são aplicados de maneira institucional e regular, provocando uma procura desordenada dos serviços por parte da população, criando assim, dificuldades na gestão dos serviços (MINSÁ, 2012). A desestruturação do sistema de saúde e a redução da cobertura sanitária decorrentes do longo conflito que o país viveu são também fatores importantes que justificam a não operacionalização desses sistemas (ANGOLA, 2010).

A prestação de cuidados de saúde é feita pelos setores público, privado e de medicina tradicional (ANGOLA, 2010). Como parte integrante do Sistema Nacional de Saúde existe o sistema de saúde no nível municipal, compreendido como um conjunto de serviços articulados entre si e com outros setores públicos, privados e a sociedade, que são coordenados por uma entidade governativa. A Municipalização é um domínio privilegiado para intervenções integradas, de cruzamento e articulação de políticas públicas (programas integrados), permitindo construir progressivamente um modelo de organização e gestão do tipo matricial, pelas suas relações intrasetoriais e interssetoriais (MINSÁ, 2012).

O Ministério da Saúde de Angola, abreviadamente designado por MINSÁ (FIGURA 3) é o departamento ministerial que tem por missão propor a formulação, execução e controlo da política do executivo relativa à saúde e do exercício das correspondentes funções normativas, visando à cobertura sanitária do país e à contribuição no desenvolvimento social e humano (ANGOLA, 2011).

Figura 3. Organograma do Ministério da Saúde de Angola



Fonte: Vide, 2004, p. 2.

A Medicina Tradicional encontra-se em um estado de organização ainda incipiente. Embora sem número conhecido de pacientes que recorrem a este setor, evidências revelam que muitos utentes, em especial grande parte da população nas áreas periurbanas e rurais, recorrem aos serviços fornecidos pela medicina tradicional. Devido à ausência de quadro legal e à falta de integração no sistema nacional, valores positivos da medicina tradicional não têm sido devidamente aproveitados em benefício da saúde da população. Os medicamentos tradicionais encontram-se à venda geralmente nos mercados informais e nas ervanárias, sem qualquer controle de qualidade e sem obedecer normas e regulamentação (ANGOLA, 2010).

É nesse âmbito que se identificou como oportuna a elaboração e a aprovação da Política Nacional de Medicina Tradicional e práticas complementares, bem como a sua estratégia de implementação. A Medicina Tradicional é definida pela OMS como uma combinação total de conhecimentos, habilidades e práticas, baseadas em teorias, crenças e experiências oriundas de diferentes culturas, sejam ou não explicáveis cientificamente, e que são usadas para manter a saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças físicas ou mentais (MINSa, 2012).

As necessidades em saúde e os problemas atuais que o Serviço Nacional de Saúde enfrenta estão principalmente relacionados com:

- A cobertura sanitária ainda insuficiente e desigual;
- Deficiente manutenção preventiva ou de reparação dos equipamentos e edifícios;
- Fraco sistema de referência e contra referência entre os três níveis do Serviço Nacional de Saúde (nem todas as Unidades Sanitárias oferecem serviços compatíveis com a sua tipologia);
- Recursos humanos e técnicos de saúde de reduzida expressão quantitativa e qualitativa e má distribuição do pessoal nas áreas rurais e periurbanas;
- Fraquezas no Sistema Gestão em Saúde, incluindo o sistema de informação, de logística e de comunicação;
- Insuficiência de recursos financeiros e inadequação do modelo de financiamento;

- E o reduzido acesso à água potável, saneamento e energia (MINSA, 2012).

Em 2012 verificou-se alguma melhoria no que se refere ao número de Unidades Sanitárias (TABELA 2). Contudo, o elevado número de Unidades Sanitárias em determinados municípios nem sempre traduz uma maior disponibilidade de serviços, devido à carência em equipamentos, recursos humanos e estado das próprias instalações.

Tabela 2. Distribuição de Unidades de Saúde em Angola, 2002

Província	Total Unidades		Hospitais				Centros de Saúde		Postos de Saúde		Habitantes/Unidade
	F*	NF*	Nacionais		Provinciais		F	NF	F	NF	
Bengo	37	59	0	0	5	1	2	1	30	57	6.135
Benguela	100	2	0	0	10	0	25	0	65	2	8.580
Bié	46	0	0	0	4	0	7	0	35	0	33.261
Cabinda	94	26	0	0	4	0	11	0	79	26	2.532
Huambo	87	87	0	0	7	1	36	0	44	86	23.770
Huíla	126	169	0	0	6	0	21	3	99	166	9.048
Cuando Cubango	27	6	0	0	8	3	4	0	15	3	6.148
Kwanza Norte	41	0	0	0	2	0	12	0	27	0	12.829
Kwanza Sul	131	68	0	0	5	4	18	4	108	60	6.481
Cunene	62	0	0	0	2	0	8	0	52	0	4.919
Luanda	59	0	8	0	4	0	34	0	13	0	40.966
Luanda Norte	22	38	0	0	5	0	5	10	12	28	17.409
Luanda Sul	38	57	0	0	3	0	3	0	32	57	5.184
Malange	78	51	0	0	10	1	18	2	50	48	15.628
Moxico	164	117	0	0	5	1	14	0	145	116	2.622
Namibe	41	0	0	0	2	0	6	0	33	0	4.488
Uíge	79	150	0	0	5	1	19	8	55	141	14.899
Zaire	42	0	0	0	4	0	6	0	32	0	7.452
Total	1.274	830	8	0	91	12	249	28	926	790	11.167

*F= Funcional; NF= Não Funcional

Fonte: Vide, 2004, p.22

O mapa sanitário nacional, realizado de 2007 a 2011, cadastrou 2.356 unidades, das quais só 1.854 eram funcionais, sendo 22% de construção não definitiva, 291 centros de saúde, 34 centros materno-infantis, 146 hospitais municipais, 22 hospitais gerais, 20 hospitais centrais e 36 unidades diversas. Já em 2012, a rede sanitária contava com um total de 2.322 Unidades Sanitárias, das quais apenas 2.032 unidades encontravam-se em funcionamento. Destas, 1.505

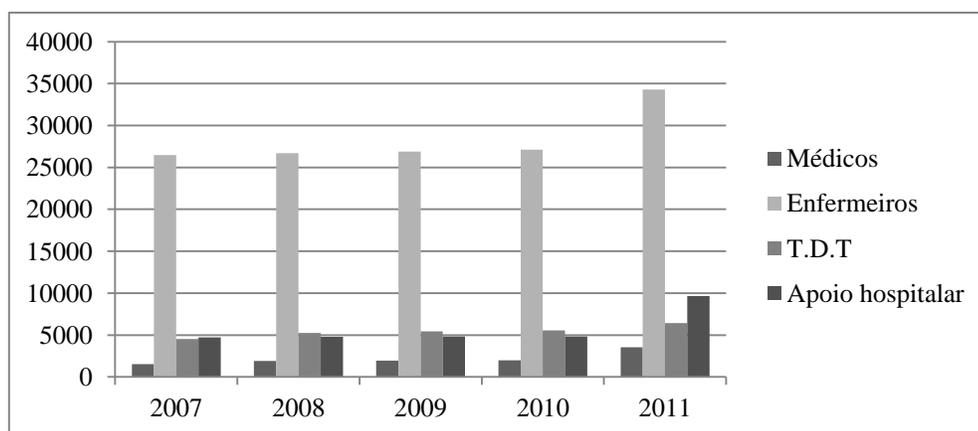
eram Postos de Saúde, 332 Centros de Saúde, 40 Centros Materno-infantis e 155 Hospitais Municipais (MINSa, 2012).

O sistema de saúde em Angola sofre de uma gritante insuficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos, o que condiciona o alcance dos objetivos da Política Nacional da Saúde (PNS) e conseqüentemente a consecução dos ODM. A crise de recursos humanos é acentuada para os médicos, tanto de Clínico Geral, bem como Especialistas, Técnicos de Diagnóstico e outro pessoal de Apoio Técnico Especializado (ANGOLA, 2010).

Os recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde são geridos no nível da Direção Nacional de Recursos Humanos, órgão de execução central encarregado de orientar e avaliar ações no que diz respeito à gestão dos quadros, carreiras de pessoal, formação e exercício profissional. É da competência deste órgão: participar na definição e desenvolvimento da política de RHS, na elaboração de regras relativas às profissões de saúde, no desenvolvimento e na aplicação dos regimes de carreiras profissionais de saúde e nos processos de negociação relativos às profissões de saúde, bem como promover aperfeiçoamento profissional contínuo do pessoal de saúde e organizar o registro dos profissionais de saúde (ANGOLA, 2011).

O panorama dos RHS controlados pelo Ministério da Saúde tem indicado avanços significativos no número total de efetivos globais nos últimos anos, nas carreiras: Médica, de Enfermagem, de Técnicos de Diagnóstico e de Apoio Hospitalar, nas quais as respostas dadas a nível central vêm permitindo soluções atempadas (GRÁFICO 1) (MINSa, 2012).

Gráfico 1. Evolução da força de trabalho em Angola, 2007-2011



Legenda: T.D.T- Técnicos de diagnóstico e terapêutica

Fonte: Ministério da Saúde de Angola, 2012, p. 210.

No âmbito do programa de reforma administrativa do Executivo, os RHS são agora geridos de forma descentralizada. Porém, constata-se que os órgãos de RHS a nível provincial são diretamente dependentes dos governos provinciais, dificultando assim a articulação da gestão dos recursos humanos no nível municipal, provincial e central. É assim necessário instituir mecanismos que assegurem a articulação da Direção Nacional de Recursos Humanos do MINSA com as direções provinciais e as repartições municipais, potenciando a sua função normativa, metodológica e fiscalizadora, garantindo qualidade, e uma distribuição harmoniosa e equitativa (MINSA, 2012).

Realizou-se em Luanda de 26 a 27 de Março de 2014 o *workshop* nacional de consenso da política de RHS, com vista à elaboração do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde, sob o lema: “*Recursos Humanos de Saúde: Garantia de Cobertura Universal e da Sustentabilidade dos Ganhos de Saúde*” (ALBERTO, 2014). Onde o MINSA, na figura do Diretor Nacional de Recursos Humanos, propôs ao executivo angolano a criação de uma Política Nacional Sobre Recursos Humanos, aplicável a todas as instituições e técnicos da saúde prestando serviços nas comunidades em instituições públicas ou privadas. Visando promover o desenvolvimento integral de uma força de trabalho para a saúde. Portanto, espera-se que até 2025, Angola seja servida por uma força de trabalho, no ramo da saúde, maioritariamente nacional, tecnicamente diferenciada e diversificada, devidamente motivada, distribuída equitativamente pelo território nacional e entre os diversos níveis do sistema de saúde, e acima de tudo, orientada por valores da ética profissional (AGÊNCIA ANGOLA PRESS - ANGOP, 2014).

5.1.2 Situação e Capacidades Institucionais em Angola de Acordo Com as Variáveis Seleccionadas

5.1.2.1 Sistema de Informação Sobre a Força de Trabalho

O Sistema de Informação Sanitária em Angola compreende oito subsistemas: (1) Subsistema de informação de gestão de serviços; (2) Subsistema de vigilância epidemiológica; (3) Subsistema de alerta rápido de vigilância epidemiológica; (4) Subsistema de informação da assistência médica primária; (5) Subsistema de informação orçamental; (6) Subsistema integrado; (7)

Subsistema de informação do setor privado lucrativo; (8) Subsistema de estatística da mortalidade. Porém, apesar de contar com uma estrutura orgânica definida, o sistema não integra os subsistemas, provocando assim uma deficiência na gestão dos serviços de saúde e na resposta oportuna ao controle das doenças e às epidemias. Por outro lado, no nível local, a coleta, tratamento e envio dos dados não são realizados de forma adequada e oportuna. (MINSAs, 2012).

Desde 1994, o Departamento de Estatística não elabora relatórios anuais de estatística, por falta de capacidade em meios técnicos, recursos humanos e financeiros (MINSAs, 2012). O Sistema de Informação Sanitária de Angola necessita de urgentes medidas de reforço e melhoria para poder funcionar eficiente e eficazmente, o sistema apresenta insuficiências importantes que dificultam a implementação da monitoria e da avaliação dos resultados, a apreciação da qualidade dos serviços, a monitoria do desempenho dos profissionais, consoante aos parâmetros e padrões internacionais (MINSAs, 2010). Em uma análise mais profunda das causas ou lacunas que originam as insuficiências no sistema, podem se citar:

- Falta de investimentos na formação adequada de pessoal estatístico a partir das Unidades Sanitárias até o nível central, e de um plano de desenvolvimento dos recursos humanos apropriado;
- Falta de capacidade humana, meios informatizados e de orientação clara para coordenar e integrar a informação necessária a um boletim estatístico anual e completo do MINSAs e tampouco do serviço público (MINSAs, 2010).

A informação sanitária é usada ocasionalmente e não devidamente em todos os níveis para a planificação e a afetação de recursos. Além disso, os profissionais da saúde, como o pessoal médico e os enfermeiros dos postos, centros de saúde e hospitais, não usam informação sanitária para gerir as prestações de serviços de saúde, monitorização continua e a avaliação periódica. Com efeito, como prevê a Política Nacional de Saúde, a pesquisa em saúde deve ser incentivada. É nesse contexto que uma porção na ordem de 2% de recursos financeiros deve ser dedicada à função saúde, procurando fortalecer ou criar os mecanismos institucionais necessários para motivar os profissionais de saúde e estudiosos de outros ramos de ciências para participarem ativamente neste domínio (ANGOLA, 2010).

No contexto da descentralização, uma base de dados de profissionais de saúde deve ser instituída e operacionalizada no âmbito do Sistema Integrado Nacional de Gestão de Recursos Humanos, bem como do Sistema de Informação Sanitária (ANGOLA, 2010). Entretanto, importa referir que não existe um subsistema de informação com registo dos RHS, incluindo dos órgãos de defesa e segurança nacional, do setor privado lucrativo e não lucrativo e empresas públicas. Por este motivo, não se conhece o número de trabalhadores por área geográfica, por unidade sanitária, por categoria, por anos de serviço, idade e sexo. Esta lacuna constitui um constrangimento ao planeamento eficaz dos RHS (MINSAs, 2012).

Angola, junto com os membros da CPLP e com o apoio da OMS, está implementando o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS), do qual faz parte a criação da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da CPLP. A rede tem o objetivo de propiciar amplo acesso a informações e análises sobre recursos humanos de saúde, facilitando a melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas setoriais. Atualmente, Angola tem instalado o observatório dos recursos humanos nas províncias do Huambo e Benguela (MINSAs, 2012).

A necessidade de se estender o observatório dos RHS a todas as províncias do país, com vistas a melhorar a qualidade dos serviços prestados à população, foi uma das recomendações resultado do *Workshop* Nacional Sobre Recursos Humanos que decorreu em 2014, em Luanda. A expansão do referido observatório reveste-se de extrema importância na gestão e na planificação dos recursos humanos, sendo, portanto, necessário o reforço e a colaboração intersetorial, e as sinergias com os parceiros, por meio de ações conjuntas com outros ministérios, instituições académicas, organizações profissionais internacionais, regionais e sub-regionais. A concretização dessas sinergias permitirá a promoção da capacitação de recursos humanos e a implementação de projetos estruturantes para o reforço do sistema de saúde (ANGOP, 2014).

5.1.2.2 Relação Público/Privado

O Sistema Nacional de Saúde de Angola conheceu uma evolução histórica caracterizada por dois períodos distintos, a saber: o período colonial (caracterizado por um sistema de saúde acessível a uma minoria privilegiada, orientado para a resolução dos seus problemas de saúde e dos que afetarem a produtividade económica da colónia) e período pós-independência (subdividido em

duas fases), a da *Economia Planificada*, onde os cuidados de saúde eram gratuitos e exclusivamente prestados pelo Estado e a da *Economia do Mercado*, que inicia com a reafirmação do multipartidarismo e introdução de reformas políticas, onde o Estado deixa de ter a exclusividade na prestação de cuidados de saúde, com a legalização do setor privado (ANGOLA, 2010).

Com vista à efetivação do direito à proteção da saúde, os cuidados de saúde em Angola são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado e por outros agentes públicos ou entidades privadas sem ou com fins lucrativos, sob regulação e fiscalização do Estado. É nesse âmbito, apoiado o desenvolvimento do setor privado de saúde e em particular as iniciativas das instituições privadas de fins não lucrativos, em concorrência com o setor público em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa. Tal apoio pode traduzir-se nomeadamente na facilitação da mobilidade do pessoal do Serviço Nacional de Saúde que deseja trabalhar no setor privado e na criação de incentivos a criação de unidades privadas (ANGOLA, 1992).

Os profissionais de saúde que asseguram cuidados em regime de profissão privada desempenham função de relevância social reconhecida e protegida por lei. A estes é garantido o direito de seguros contra os riscos decorrentes do exercício das suas funções (ANGOLA, 1992).

No âmbito do desenvolvimento dos cuidados terciários, pela abrangência nacional de que se reveste, este deverá basear-se na complementaridade entre instituições públicas e iniciativas privadas. Tal como preconizado na estratégia de desenvolvimento em longo prazo “Angola 2025”, a rede terciária poderá estar aberta à iniciativa privada, passando a situar-se no quarto patamar de prioridade nacional, sempre em regime de Parcerias Público-Privada (PPP) (MINSÁ, 2012).

O setor privado lucrativo está restrito aos principais centros urbanos do país, sendo pouco expressivo ao nível terciário. O preço dos cuidados de saúde limita a acessibilidade da população. À semelhança do que acontece no setor público, a qualidade dos serviços prestados está ainda aquém do desejado. Na sua maioria o pessoal do setor privado é o mesmo que trabalha no setor público, com evidentes prejuízos para ambos setores (ANGOLA, 2010).

A Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde, no paragrafo 2º do seu artigo 14º, prevê que a Política de Recursos Humanos em Saúde deve satisfazer às necessidades da população, garantir a formação, a segurança e os estímulos dos profissionais, incentivar a dedicação plena evitando conflitos de interesse entre o setor público e o setor privado e procurar uma adequada cobertura no território nacional (ANGOLA, 1992).

O setor privado não lucrativo, essencialmente ligado às entidades religiosas e Organizações Não Governamentais (ONGs), tende a direcionar a prestação de cuidados para as camadas mais vulneráveis das áreas suburbanas e rurais, no nível dos cuidados primários de saúde (ANGOLA, 2010).

A lei de Bases no seu artigo 34º prevê que as organizações privadas com objetivos de saúde e fins lucrativos estão sujeitas à licenciamento, regulamentação e vigilância de qualidade por parte das entidades sanitárias (ANGOLA, 1992). Entretanto, a fraqueza do sistema de fiscalização e controle favoreceu a existência de um setor privado informal de prestação de cuidados em condições inaceitáveis e frequentemente composto por indivíduos sem a mínima qualificação (ANGOLA, 2010).

Não há dados acerca do número de prestadores de serviços privados na área de saúde em Angola. Embora todos os médicos sejam obrigados a se registrar na Ordem dos Médicos de Angola e a manterem atualizada a informação sobre os estabelecimentos em que estão atuando, esses dados também não estão disponíveis (CONNOR *et al.*, 2010). Com certeza que a regulamentação e controle têm sido fator crítico de sucesso na relação público/privada no setor. Todavia, o setor privado tem contribuído de alguma forma para uma maior cobertura de prestação dos cuidados em saúde (ANGOLA, 2010).

No âmbito da formação de nível médio, o setor privado tem contribuído com os Institutos Médicos Privados de Saúde, e no nível superior, com Faculdades de Medicina e de Ciências de Enfermagem (ANGOLA, 2010). O futuro Observatório Nacional de Recursos Humanos deverá coordenar-se com as instituições privadas, com vista a colher informações sobre formações, para a satisfação das necessidades em recursos humanos para o setor público (MINSA, 2012).

O setor público inclui o Sistema Nacional de Saúde, os Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas e os Serviços de Saúde do Ministério do Interior, bem como das empresas públicas. Esse setor permanece como o principal prestador dos cuidados de saúde no nível nacional, partilhando com os outros prestadores de serviços as mesmas dificuldades, resultando na prestação de cuidados de saúde sem a qualidade desejada, na maioria dos casos (ANGOLA, 2010). Os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da administração pública (ANGOLA, 1992).

O estudo realizado por Oliveira e Artmann (2009a), na província de Cabinda em Angola, no âmbito do regime contratual de expatriados⁷, identificou três modalidades de contratação:

- Através do Ministério da Saúde de Angola (convênio entre países): os profissionais abrangidos nesse primeiro grupo tinham como incentivos complementares a moradia gratuita e o subsídio de horas extras;
- Contratos individuais com o governo da província: os profissionais nessa condição tinham apenas como incentivo complementar a moradia;
- E subcontratos com empresas contratadas para procederem à gestão hospital: os profissionais sob essa última modalidade de contratação tinham transporte coletivo, segurança, refeições, alojamento gratuitos, viagens de férias e seguros.

Os médicos nacionais eram colocados nas províncias através de um modelo único de contrato com o Ministério da Saúde de Angola, que depois passou a ser através de concurso público, por beneficiarem-se dos mesmos direitos. No grupo dos médicos nacionais se enquadram os médicos estrangeiros residentes no país. Desta forma, o médico especialista estrangeiro com contrato com o Ministério da Saúde de Angola tinha, praticamente, o mesmo salário que o especialista angolano (OLIVEIRA; ARTMANN, 2009a).

Quanto à satisfação salarial, verificou-se que o salário não satisfazia a nenhum médico nacional, nem aos gestores de nível municipal. A exiguidade de salários obriga os médicos e até os gestores de nível provincial a adotar o regime de empregos múltiplos. A adoção do referido regime é

⁷ Diferentes formas de celebração de contratos de trabalho, com especialistas estrangeiros não residentes no país.

impensável nos municípios do interior tendo em conta a incipiente organização dos serviços e setores, e as dificuldades econômicas e financeiras vivenciadas (OLIVEIRA; ARTMANN, 2009a).

Entre os achados de Pontes *et al.* (2011), no seu estudo sobre os desafios para a atuação e formação dos profissionais da saúde, com foco para os Agentes Comunitários de Saúde, verificaram que os agentes não tinham vínculo empregatício formal com qualquer instância governamental. Os Agentes Comunitários de Saúde eram selecionados junto às populações e recebiam um subsídio, que equivalia a um incentivo financeiro para o trabalho. Embora a carga horária de trabalho do agente angolano fosse prevista para oito horas semanais, o seu cumprimento era livre, de acordo com disponibilidade do agente. Até o momento em que este estudo foi realizado os Agentes Comunitários de Saúde se encontravam em uma situação precária de vinculação, recebendo subsídios atrasados. Desta forma, muitos agentes desenvolviam outras atividades, com vista a garantir sua subsistência, seja de estudo, trabalho informal ou formal.

Mandriz (2011) estudou a inserção dos formandos em enfermagem no mercado de trabalho. Observou que, além dos principais locais públicos de trabalho onde os egressos do curso de enfermagem possuíam vínculo e prestavam as suas atividades laborais, eles usualmente exercem atividades em mais de um emprego principalmente em hospitais privados.

Denota-se que em Angola os hospitais privados representam uma importante alternativa de inserção no mercado de trabalho em saúde. Constituem, especialmente para a enfermagem, alternativa relevante para a grande procura de outra fonte de rendimento, para a inserção no mercado de trabalho e primeiro emprego dos recém-graduados, uma vez que tais instituições têm incorporado novas tecnologias e criado novos postos de trabalho. Reconhecidamente nos hospitais privados, os profissionais têm melhores condições de trabalho e a normatização dos procedimentos é imperativa por exigência dos serviços institucionais. Dessa forma, as instituições em que mais existem normas e rotinas de trabalho são os hospitais privados. Nas instituições públicas, até 2011, nenhuma unidade básica de saúde tinha normas e rotinas de trabalho elaboradas e implementadas (MANDRIZ, 2011).

5.1.2.3 Proteção à Saúde Ocupacional

Em consequência da prestação de serviços de saúde preventivos e curativos, geram-se quantidades significativas de resíduos, compostos por material cortante e não cortante, como sangue e outros fluidos corporais infectados ou não. Como resultado de uma deficiente gestão destes resíduos hospitalares, os TS estão a ser expostos cada vez mais a riscos de saúde que podem e devem ser evitados. Os resíduos hospitalares contaminados e o seu manuseamento, armazenamento e eliminação, levantam sérias preocupações ambientais e sociais no país. Tornando-se um real problema de saúde pública (VIDE, 2004).

Percebe-se que não existe no país, até o momento, uma legislação específica sobre a matéria, apesar de existirem um conjunto de normas dispersas que procuram, de alguma forma, regular algumas questões em torno deste assunto. Mas se prevê aplicar, em breve, uma legislação sobre a gestão de resíduos sólidos hospitalares e serviços de saúde, a fim de banir a deposição de lixos sanitários em céu aberto e em aterros inapropriados, bem como evitar a contaminação dos profissionais que trabalham nos hospitais. Este diploma legal irá obrigar as direções dos hospitais públicos e privados a elaborar um plano de gestão dos resíduos hospitalares (ANGOP, 2014 *apud*. MINISTÉRIO DO AMBIENTE DE ANGOLA, 2014).

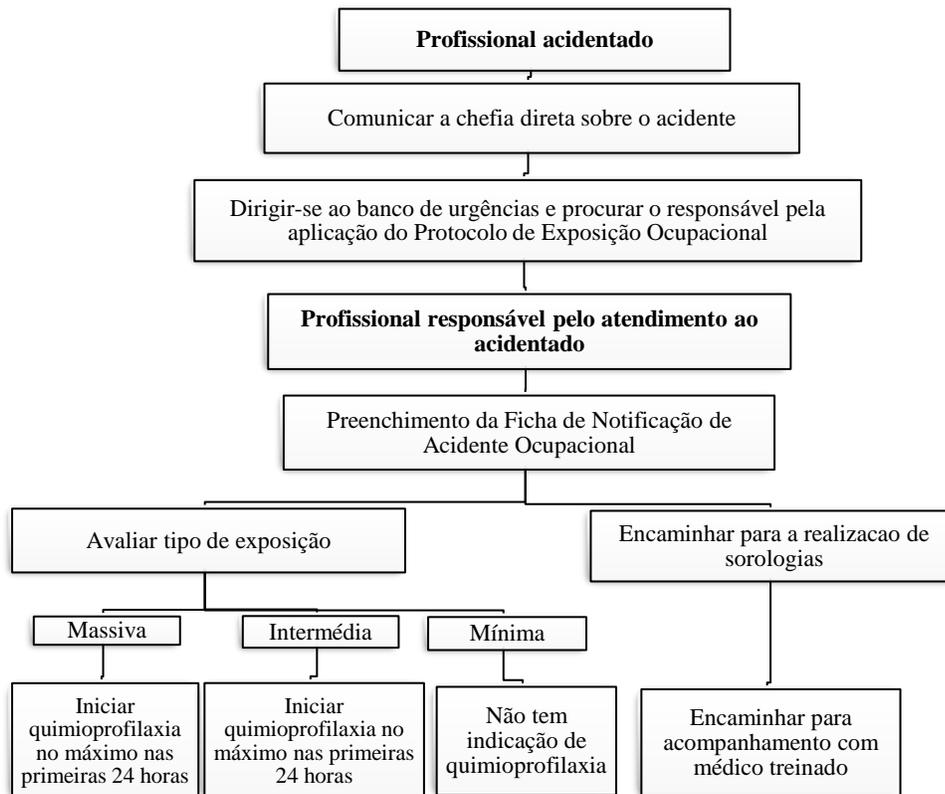
É de realçar o generalizado estado de degradação e falta de equipamento encontrado nas lavanderias, sendo que, muitas vezes, a roupa é lavada à mão em tanques, podendo provocar contaminações diversas ao pessoal de saúde e utentes, uma vez reintroduzida no circuito da unidade de saúde. Quanto à equipe de limpeza (empregadas de limpeza) estas estão encarregadas não só da limpeza, mas também da pré-coleta, coleta e frequentemente, do armazenamento dos resíduos produzidos nas salas de tratamento, enfermarias, blocos operatórios e salas de parto. Na maioria das unidades de saúde, esses profissionais frequentemente trabalham sem equipamento de proteção (VIDE, 2004).

No âmbito da ocorrência de acidentes por exposição ocupacional, o Ministério da Saúde de Angola em 2009 propôs disponibilizar um “Kit Exposição Ocupacional” em local de fácil acesso a todos os trabalhadores, visando garantir uma maior facilidade e agilidade no acesso ao atendimento pós-exposição ocupacional de um trabalhador em serviço. O kit composto por, uma ficha de notificação do acidente (ANEXO A), uma Ficha de acompanhamento do trabalhador,

testes rápido de HIV, VHB, VHC, Requisição da análise pronta e assinada em anexo/com termo de consentimento para o trabalhador e paciente fonte, medicamentos e receita preenchida e assinada (MINSa, 2009; 2011). Não foram encontradas evidências de que este kit tenha sido efetivamente disponibilizado.

O programa de biossegurança do Ministério de Saúde de Angola, em caso de acidente de trabalho, prevê o fluxograma para aplicação do protocolo de exposição ocupacional (FIGURA 4), processo desde a comunicação e a notificação do acidente até o início de quimioprofilaxia ou realização de sorologias (MINSa, 2011).

Figura 4. Fluxograma para aplicação do Protocolo de Exposição Ocupacional (O que fazer em caso de acidente de trabalho?)



Fonte: Ministério da Saúde de Angola, 2011

Achados da pesquisa desenvolvida por Nhamba (2004), sobre acidentes ocupacionais com material biológico entre profissionais de enfermagem, mostraram uma elevada incidência de acidentes na população estudada. Dos 278 trabalhadores que participaram do estudo, 261 (93,88%) sofreram um total de 1.477 acidentes diversos, com uma frequência de 1 a 56 acidentes

por sujeitos, dos quais cada trabalhador descreveu um máximo de quatro acidentes, perfazendo um total de 376 acidentes descritos, sendo o sangue e seus derivados o material biológico mais citado (78,46%).

Após a ocorrência da maior parte dos acidentes (97,61%) não houve qualquer conduta administrativa e nenhum dos profissionais foi submetido à profilaxia contra o HIV e VHB. Em 72,87% dos acidentes, 73,56% dos trabalhadores não fazia uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e 96,01% não conheciam a situação sorológica do paciente-fonte. Denota-se que, na instituição na qual o estudo foi desenvolvido até o momento de finalização deste estudo:

- Não existiam serviços especializados para atendimento dos trabalhadores após exposição com material biológico de risco e nem mesmo a introdução de esquemas de profilaxia contra HIV e VHB, realidade vivida em todos os hospitais do país;
- Não existiam normas e condutas estabelecidas a serem seguidas em caso de exposição ao material biológico ou outro tipo de acidente. Em casos de acidentes de trabalho, a maior parte dos trabalhadores tomava medidas as quais julgasse serem mais convenientes para tal situação, ou com base em informações e experiências de outros colegas, muitas vezes também incorretas (NHAMBA, 2004).

Em um estudo epidemiológico sobre a caracterização molecular do vírus da Hepatite B em usuários e profissionais de saúde em Angola, Valente (2008), observou diferentes perfis sorológicos na população estudada, tendo esta sido, no final, classificada como de alta endemicidade para o VHB. Entre os profissionais de saúde a positividade do anti-HBc foi de 79,6 (43/54). Mais de metade dos profissionais de saúde (51%=21/41) que relataram antecedente de acidente com sangue mostraram positividade para os marcadores globais do VHB.

Quanto às justificativas ao elevado número de ocorrência de acidentes e as razões pelas quais na maior parte (97,61%), não ter ocorrido nenhum procedimento administrativo, no estudo de Nhamba (2004), de acordo com os acidentados, podem se destacar:

- *Número elevado de atividades a que se expõem esses profissionais;*

- *Causas atribuídas à instituição e seus responsáveis*: inexistência de rotina e serviços de atendimento aos acidentados, perceptível descaso da questão de segurança no trabalho, deficiências da gestão, falta de EPI e condições precárias de trabalho;
- *Causas atribuídas a si próprio (acidentado)*: comportamentos e as atitudes de risco na prática diária, elevado grau de negligência ou minimização das consequências que os riscos podem causar à sua saúde, associados ao desconhecimento da necessidade de comunicação de acidentes.

Relativamente à cobertura vacinal de trabalhadores contra hepatite B, verificou-se que a maioria dos TS (68,76%) tomou apenas uma dose de vacina das três recomendadas, e apenas 14,58% encontrava-se em situação regular. Ressalta-se que as vacinas aqui referidas foram tomadas em outras circunstâncias que não as da ocorrência dos acidentes ocupacionais, visto que este tipo de profilaxia, até o momento do estudo ainda não fazia parte das estratégias de prevenção para esta população de risco (NHAMBA, 2004).

5.1.2.4 Força de Trabalho em Saúde

Angola é um dos países africanos que apresenta os maiores índices de morbimortalidade e devastadora insuficiência de RHS, incluindo enfermagem. Por uma série de razões, o país conta com experiência estabelecida em outros países para preparar e formar profissionais qualificados, mas um dos fatores atribuídos à falta de recursos humanos refere-se à tendência para estudantes angolanos a permanecer nos países onde eles receberam sua formação, com baixas taxas de retorno após a graduação. Além disso, as habilidades adquiridas no exterior nem sempre correspondem à realidade e às necessidades locais (MARCHI-ALVES *et al.*, 2013).

Em 2010, os recursos humanos se revelaram como um dos maiores obstáculos para o melhoramento do sistema de saúde de Angola. Não obstante o número total de trabalhadores da área de saúde fosse alto, apenas uma parcela muito pequena era considerada como adequadamente qualificada e capacitada para o trabalho (CONNOR *et al.*, 2010).

Apesar da expansão do efetivo de RHS, visando responder à demanda, existem diversos desafios que o MINSA terá de ultrapassar (MINSA, 2012), como déficit e distorções na distribuição dos profissionais, com uma grande concentração nos grandes centros urbanos (OLIVEIRA;

ARTMANN, 2009b). A distribuição de RHS desigual deve-se, em parte, à falta de incentivos para a sua atração, motivação e fixação nas localidades mais longínquas e de difícil acesso do País (MINSa, 2012).

Há fortes variações da densidade médica, não só entre as províncias, como também entre os municípios, em detrimento das áreas rurais e áreas de difícil acesso. Luanda e as capitais provinciais acolhem cerca de 85% dos médicos, em detrimento dos restantes 15% para os demais municípios do país (MINSa, 2012). Tal desigualdade se faz sentir principalmente no nível das unidades de saúde, em relação às quais não existem dados confiáveis disponíveis. Há relatos de que há excesso de pessoal em algumas unidades enquanto outras sofrem com grave falta de pessoal (CONNOR *et al.*, 2010).

Um estudo realizado na província de Cabinda revelou que a grande maioria de médicos da província, se concentrava na capital da província (município sede). Constatou-se ainda, uma grande necessidade de utilização da força de trabalho estrangeira. Em um total de 62 médicos colocados, apenas 21 eram nacionais; destes, 28,5 %, para além do seu papel clássico de diagnóstico e terapêutico, também se ocupavam no gerenciamento das instituições e 19% encontravam-se no exterior, em formação (OLIVEIRA; ARTMANN, 2009a).

Em síntese, os problemas identificados foram: insuficiência de médicos, pouca motivação, ausências frequentes do local de trabalho, multiemprego, dificuldades de alocação e retenção de profissionais nos municípios e pouco comprometimento com os objetivos da instituição, deficientes condições sociais e de trabalho nos municípios do interior. No conjunto, tal realidade explica a alta rotação/rotatividade dos profissionais, que interfere na qualidade da assistência médica (OLIVEIRA; ARTMANN, 2009a).

Dentre os constrangimentos existentes na organização e funcionamento do sistema de saúde Angolano que dificultaram a colocação e a fixação dos profissionais nas áreas do interior, Oliveira; Artmann (2009b) destacaram em seu estudo sobre a regionalização dos serviços de saúde, a baixa qualificação do pessoal administrativo e técnico, falta de atualização dos seus conhecimentos, desconhecimento de novos conceitos de organização e gestão dos serviços de saúde e a necessidade de um grande investimento na formação do pessoal.

A formação permanente dos recursos humanos em saúde continua sendo a principal ferramenta para a adequação constante dos profissionais de saúde à evolução das ciências e tecnologias de saúde, para além de essencial na gestão do sistema de saúde e parte integrante da gestão e desenvolvimento dos recursos humanos do Ministério da Saúde de Angola. As ações de formação permanente são realizadas em todas as províncias do País, fundamentalmente no nível dos hospitais municipais, gerais e centrais, e são coordenadas pelos núcleos de formação permanente, existentes nas direções provinciais de saúde (ANGOLA, 2010).

A formação de profissionais de saúde é ministrada em instituições públicas de nível técnico profissional, médio e superior. Com a criação de regiões acadêmicas e respectivas universidades, houve um aumento gradual da capacidade de formação de nível superior em ciências de saúde. Constatou-se a existência de mais cinco faculdades públicas de medicina e das humanidades tendo-se já iniciado a formação de médicos nas províncias de Benguela, Cabinda, Huambo, Huila e Malange (ANGOLA, 2010). Contudo, a formação de quadros especializados em ciências da saúde, sendo responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde de Angola, não se tem implementado com o ritmo desejado, em resultado, por um lado, do insuficiente número de candidatos para algumas especialidades e por outro, do limitado número de vagas disponíveis por concurso público (MINSÁ, 2012).

A Direção Nacional de Recursos Humanos do MINSÁ planifica, divulga, organiza e coordena anualmente várias ações de formação realizadas no país e no exterior. A participação no exterior de técnicos provinciais, em cursos, seminários, congressos profissionais, conselhos internacionais e jornadas científicas, é suportada financeiramente pelo Ministério. O Ministério da Saúde define e adopta os cursos de promoção como estratégia para requalificar a sua força de trabalho e forma de oferecer, aos profissionais de nível básico em serviço, uma oportunidade de progressão no nível da formação profissional e carreira de acordo com os procedimentos previstos no artigo 21º da Lei nº 17/90, de 20 de Outubro, sobre os princípios a observar pela administração pública (MINSÁ, 2012).

O Serviço Nacional de Saúde Angolano conta com quatro carreiras específicas: Médica, Enfermagem, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, e Apoio Hospitalar. Com exceção da Carreira de Enfermagem, as carreiras dos profissionais de saúde atualmente em vigor foram criadas e aprovadas há mais de dez anos, e não respondem às expectativas dos profissionais,

como também não estão de acordo com o contexto atual. Está reconhecida especialmente a necessidade das Carreiras Médicas e de Enfermagem se dotarem de um estatuto que confira uma melhor diferenciação profissional, marcadas por etapas exigentes, adotando uma escala salarial adequada aos níveis de formação (MINSA, 2012).

Reconhece-se o aumento significativo dos salários para algumas categorias de profissionais de saúde e os visíveis esforços para a melhoria das condições de trabalho em vários cantos do território nacional. Mas os escassos incentivos para a fixação na periferia (incluindo a falta de habitação), o desajuste nas carreiras profissionais e a incipiente operacionalização dos programas de formação permanente, têm contribuído para a baixa autoestima dos profissionais do setor de saúde (ANGOLA, 2010).

O Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2025 (QUADRO 1) prevê:

Quadro 1. Metas definidas pelo PNDS a partir de 2013 até o final de 2016, Angola

Prazo	Metas definidas
Até o fim de 2013	Realização de um estudo para a caracterização do quadro atual de recursos humanos em todo o sistema nacional de saúde. Elaborar a política nacional e a estratégia de desenvolvimento de RHS. Advogar a criação de instrumentos legais reguladores de subsídios e incentivos para a retenção de recursos humanos. Consolidar e expandir a formação permanente a todos os municípios em todas as áreas.
Até o fim de 2014	Estabelecer a obrigatoriedade de formação específica para o pessoal da carreira de apoio hospitalar. Priorizar a formação pós-graduada em todas as carreiras de saúde e reforçar os atuais hospitais centrais e gerais para a formação pós-graduada, com dotação de recursos humanos, alojamento, meios técnicos e financeiros.
Até 2015	Ter padronizadas as condições físicas e técnicas de trabalho em todo o sistema nacional de saúde. Aumentar os cursos de pós-graduação de médicos para as áreas prioritárias, nomeadamente, Cirurgia, Pediatria, Medicina e Cirurgia-Obstétrica.
Até o fim de 2016	Dispor de um diploma que regule o recrutamento e o desenvolvimento integrado de recursos humanos nas três esferas de gestão do País: municipal, provincial e central. Capacitar ou recrutar pelo menos um profissional por província para a área de gestão de recursos humanos. Promover que todos os técnicos básicos inseridos no setor tenham o nível de escolaridade exigido.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde de Angola, 2012.

Com o Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário, o Ministério de Saúde de Angola espera, nesse período:

- Profissionais mais motivados e administrações locais com condições criadas para a fixação dos RHS e redução das assimetrias na sua distribuição;
- Criação do Conselho de pós Graduação em Ciências de Saúde, aprovação e divulgação do decreto da formação permanente em saúde, profissionais de saúde treinados e capacitados, e conseqüente melhoria da gestão dos serviços nas unidades sanitárias e hospitais (MINSa, 2012).

Quadro 2. Matriz analítica de dados, Angola

Pergunta	Sim	Não	Não encontrado	Dados ⁸
Possui um sistema de informação sobre a força de trabalho em saúde?			X	Situação atual e perspectivas futuras sobre o sistema de informação em saúde.
Possui um observatório de RHS?		X		Situação atual e perspectivas futuras, compreensão do funcionamento: dados e informações disponíveis.
Os serviços são ofertados pelo público e privado?	X			Antecedentes, contexto e situação atual no âmbito das políticas e garantias público e privado.
Desenvolve ações ou programas de parceria público-privada no âmbito trabalho e emprego em saúde?			X	
Existem políticas de proteção e promoção da saúde dos profissionais da saúde?			X	
Existem normas de vacinação de trabalhadores no setor?			X	
Existe regime especial de saúde ocupacional ou de acidentes de trabalho e doenças de trabalhadores da saúde?		X		Ações de promoção à saúde ocupacional e perspectivas futuras no âmbito de proteção a saúde do trabalhador: resultados de estudos realizados.
Existem políticas ou planos de desenvolvimento dos recursos humanos em saúde?		X		Situação atual e perspectivas futuras no âmbito na Política Nacional de RHS, desenvolvimento (qualificação de pessoal) e retenção.
Existem ações em curso ou estratégias definidas com vista a promover a distribuição equitativa e retenção dos profissionais da saúde?	X			Metas e estratégias: Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2012-2025) .

Fonte: Autoria própria

⁸ Os dados foram extraídos de diferentes fontes

5.2 CABO VERDE

5.2.1 Características Demográficas e Sistema de Saúde em Cabo Verde

a) Contexto Geral

Cabo Verde é um arquipélago de 10 ilhas, localizado ao largo da costa ocidental da África, com apenas 10% do seu território classificado como terra arável (THE WORLD BANK, 2014a). Banhado pelo oceano Atlântico ao norte (CIA, 2014). Situa-se a 455 km da Costa Africana, suas ilhas estendem-se por cerca de 4033 km². São elas: Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal, Boa Vista, Maio, Santiago (onde fica a capital, cidade da Praia), Fogo e Brava (FIGURA 5). O território da República de Cabo Verde também é constituído por ilhéus e ilhotas que historicamente sempre fizeram parte do arquipélago (GOVERNO DE CABO VERDE, 2007). Tem uma população atual de cerca de 538.535 habitantes (CIA, 2014), sendo que a maior parte da população Cabo Verdiana reside fora do país. Estimados em 518 180 habitantes (WHO - AFRO, 2012). Tornou-se independente em Julho de 1975.

Figura 5. Mapa de Cabo Verde



Fonte: Adaptado de Galp energia, 2014.

O Português é a língua oficial. Entretanto, o Estado promove condições para a oficialização da língua materna cabo-verdiana [Crioulo], em paridade com a língua portuguesa (GOVERNO DE

CABO VERDE, 2007). A religião com maior número de seguidores em Cabo Verde é o cristianismo, sendo que, 77% da população é Católica, e 8% protestantes e evangélicos (CIA, 2014).

Dentre os recursos naturais existentes no país destacam-se: o sal, basalto, calcário, caulim, peixe, argila e gesso (CIA, 2014). Os recursos econômicos de Cabo Verde dependem, sobretudo, da agricultura e da riqueza marinha. As culturas mais importantes são: o café, a banana, a cana-de-açúcar, os frutos tropicais, o milho, os feijões, a batata doce e a mandioca. No nível do setor industrial, pode-se destacar a fabricação de aguardente, vestuário e calçado, tintas e vernizes, o turismo, a pesca e as conservas de pescado e a extração de sal, não esquecendo o artesanato (GOVERNO DE CABO VERDE, 2007). De uma maneira geral, a pesca, a agricultura e o turismo são as principais atividades da economia cabo-verdiana (ePORTUGUÊSe OMS, 2009).

A base da economia está no turismo, que é fortemente dependente das condições nos países da zona do Euro. A economia do país sofre de uma base de recursos naturais pobres, incluindo a grave escassez de água, exacerbada por longos ciclos de seca e solo pobre para a agricultura em várias das ilhas (CIA, 2014). Estes desafios têm feito às perspectivas de emigração atraentes para a população. Grande parte dos Cabo-Verdianos vive fora em vez de dentro do país. No entanto, a repatriação de fundos de volta para casa constitui uma parte significativa do rendimento nacional bruto (WHO; AFRO, 2012c).

Cabo Verde enfrenta um contexto macroeconômico difícil, com elevados déficits, orçamental e externo, fraco crescimento e um ambiente global incerto. Entretanto, a boa governança, a sólida gestão macroeconómica, a abertura ao comércio, uma maior integração na economia global e a adoção de políticas eficazes de desenvolvimento social, têm produzido resultados notáveis em todo o arquipélago (THE WORLD BANK, 2014a).

Entre os principais parceiros econômicos do país estão: Portugal, Espanha, EUA, Holanda e China (CIA, 2014). Cabo verde é membro da União Africana, da OIT, da CPLP, dos PALOP, da União Latina, da ONU, *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), do Comitê Regional Africano da OMS e da Organização Internacional da Francofonia (OIF).

b) Indicadores Econômicos

O país, atualmente, está classificado no grupo de renda média-baixa entre os países em desenvolvimento da África subsaariana. Com um PIB de 1.888.000.000 dólares, crescimento do PIB de 0,5% e 1,5% de inflação (THE WORLD BANK, 2014a). Desde 2012, a economia foi atingida pela fraca situação económica internacional. O crescimento do PIB caiu de 4% em 2011, para 2,5% em 2012, e para 1% em 2013 (NSHIMYUMUREMYI e MARONE, 2014). Rendimento Nacional Bruto (RNB *per capita*) de 6.365 (2011 PPC dólar) para 2013 (PNUD, 2014). Taxa de participação da força de trabalho da população adulta feminina e masculina em de 2011 era 50,8% e 83,3%, respectivamente (UNITED NATIONS, 2014).

c) Indicadores Sociais

Com uma população com idade média atual de 24 anos e uma taxa de migração da população de -0,64 migrantes/1000 habitantes (CIA, 2014), Cabo Verde possui uma população jovem, grande parte dela na faixa dos 15 aos 19 anos. A população feminina é praticamente igual à masculina, com 50,5% e 49,5%, respectivamente (NAÇÕES UNIDAS, 2010).

Em 2011, 62,6% da população se concentravam na área urbana (CIA, 2014). A taxa estimada de alfabetização de adultos (a partir de 15 anos) era de 84,8%, até 2010 (PNUD, 2013) e o IDH de 0,636 (considerado médio), segundo os dados do PNUD (2014). A população rural com acesso a fonte de água potável era de 86% em 2012. Em 2007, a taxa da população abaixo da linha de pobreza era de 26,6% (THE WORLD BANK, 2014a). De 2002 a 2010, o índice nacional de pobreza baixou de 37% para 27%, enquanto a taxa de pobreza extrema foi reduzida de 21% para 12% (THE WORLD BANK, 2014a). Em 2011, os gastos com a educação foram 5% do PIB (CIA, 2014).

d) Indicadores de Saúde

Os índices de saúde de Cabo Verde estão acima da média para o continente Africano. A cobertura da população com acesso aos serviços de saúde é muito alta, mais de 80% (WHO; AFRO, 2012c). Em 2012 a porcentagem da população urbana e rural com acesso melhorado às instalações de saneamento era de 75, 2% e 47,2%, respectivamente. A taxa de natalidade atual é de 20,72 nascimentos/1000 habitantes e a expectativa de vida ao nascer para homens e mulheres

é de 69,32 e 73,89 anos, respectivamente (CIA, 2014). A esperança de vida ajustada (EVA) é de 61 anos (PNUD, 2013).

A taxa de mortalidade é de 6,17 mortes/1000 habitantes (CIA, 2014). Entre as principais causas de morte estão: doenças do aparelho circulatório (cerebrovasculares, enfarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca), tumores ou neoplasias, sintomas mal definidos, afecções respiratórias (pneumonias), infecciosas e parasitárias (septicemia, SIDA, diarreia, tuberculose pulmonar) (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE, 2012a). Em relação ao HIV/SIDA, o Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva realizado em 2005, indica uma prevalência por volta de 0,8%, tendo afetado particularmente as pessoas da faixa etária mais ativa e economicamente rentável, 20 a 34 anos (AHO *et al.*, 2014b).

Em 2010, a densidade de médicos era 0,3 médicos/1000 habitantes. Os gastos em saúde em 2011 eram de 4,8% do PIB (CIA, 2014).

e) Sistema de Saúde em Cabo Verde

Atualmente o Sistema Nacional de Saúde Cabo-Verdiano é definido como um conjunto integrado de todos os recursos humanos, financeiros e materiais, de propriedade pública, privada ou mista, que o Estado, os municípios e outras instituições reúnem para proporcionar o direito à saúde e a prestação de cuidados mais adequados possíveis às necessidades da população. O Sistema Nacional de Saúde compreende o setor público de saúde e o setor privado de prestação de cuidados de saúde (AHO *et al.*, 2014b), bem como as instituições de solidariedade social e profissionais liberais do setor da saúde (FURTADO, 2008).

O Sistema de Saúde Cabo-Verdiano tem de certa forma, uma ancoragem nos modelos de Estado de Bem-Estar Social, podendo ser considerado universal e tendencialmente gratuito. Com efeito, o direito à saúde, bem como à proteção social, encontram-se constitucionalmente consagrados (FURTADO, 2008).

O Serviço Nacional de Saúde possui mecanismos claros e funcionais de seguimento e monitorização das responsabilidades dos vários atores intervenientes. Mecanismos internos de responsabilização associados a estruturas externas asseguram a supervisão da aplicação das normas e regulamentos financeiros e administrativos do sistema. No entanto, grande parte dos

mecanismos atualmente existentes destinam-se a supervisionar o setor público, impondo a necessidade de se definirem e implementarem mecanismos de supervisão e controle da atividade privada de saúde (FURTADO, 2008).

Ao longo das linhas centrais e distritais, o Sistema de Saúde Cabo-Verdiano é amplamente descentralizado, com hospitais de referência centrais no auge da estrutura (WHO, 2012). A necessidade de organizar os serviços descentralizados de saúde, com os propósitos de democratização, eficiência organizacional, transparência e de conferir uma maior capacidade de resposta às necessidades da população através da obtenção de economias de escala, resultou em uma proposta de reorganizar os serviços de saúde pela via da regionalização (AHO *et al.*, 2014b). E é com o objetivo de dar corpo ao princípio da descentralização que o Estado preconiza a organização do Serviço Nacional de Saúde em três níveis:

- *Municipal*, correspondente à divisão administrativa do país em concelhos. Constitui o lugar privilegiado para prestar um conjunto de cuidados essenciais de atenção primária. As estruturas organizam-se à volta da Delegacia de Saúde, englobando o Centro de Saúde, Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base (AHO *et al.*, 2014b);
- *Regional ou supra municipal*, agrupa e reorganiza as estruturas sanitárias de municípios próximos ou localizados em uma ilha, para configurar o conceito de distrito sanitário, reforçar o princípio da descentralização e prestar cuidados de atenção secundária e hospitalar a esse nível. As estruturas organizam-se à volta da Região Sanitária, tendo um hospital regional como referência e estrutura de articulação com os Centros de Saúde (AHO *et al.*, 2014b);
- *Central ou de referência nacional*, organizado para garantir a prestação de cuidados de atenção terciária, sobretudo a função hospitalar diferenciada. Existem os Hospitais Centrais que se articulam com os Hospitais Regionais, visando à celeridade na tomada de decisão e nas respostas aos utentes (AHO *et al.*, 2014b).

Em matéria de prestação de cuidados e oferta de serviços, existem três níveis de complexidade:

- Nível primário

A Delegacia de Saúde, instituição sanitária de âmbito municipal, é o órgão encarregado da organização e gestão dos recursos e da prestação de cuidados a esse nível, no qual é prestado um conjunto de “cuidados essenciais e integrados” de atenção primária. Estes incluem a proteção e a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, e a recuperação da saúde, quer nas próprias instalações, quer através do deslocamento de equipas às diversas comunidades. (AHO *et al.*, 2014b).

- Nível secundário

Existem insuficiências marcantes na oferta de cuidados secundários, atualmente prestados nos três hospitais regionais e nos dois hospitais centrais. A função fundamental da Região Sanitária é a oferta de cuidados hospitalares secundários em uma gama maior e de melhor qualidade, em complementaridade à atenção primária. Os hospitais regionais, reforçados nas suas capacidades técnica e tecnológica devem, tal como os hospitais centrais na sua vertente regional para os municípios onde estão instalados, garantir um conjunto de cuidados secundários (AHO *et al.*, 2014b).

- Nível terciário

Baseado em dois hospitais centrais que têm função de referência nacional. Os hospitais centrais são institutos públicos de regime especial, dotados de órgãos, serviços e património próprios e gozam de autonomia administrativa e financeira. Desenvolvem a sua atividade em articulação com os Serviços Centrais do Ministério da Saúde e desempenham as suas atribuições em harmonia com os hospitais regionais e as delegacias de saúde. As saídas médicas para tratamento no exterior que tem ocorrido se constituem em prestação de nível terciário. À qual não foi dada uma resposta interna por se terem esgotado os recursos instalados no país. Os serviços de cuidados terciários são os mais diferenciados em capacidade técnica, dotação de tecnologia e possibilidades de intervenção. (AHO *et al.*, 2014b).

Os atuais hospitais regionais, por insuficiência de recursos, não têm capacidade para a prestação da gama de cuidados secundários desejados a esse nível, cuidados esses que são muitas vezes procurados nos hospitais centrais. Estes, por sua vez, têm pouca capacidade desenvolvida para

prestar cuidados terciários, e uns e outros estão assoberbados ainda pela prestação de cuidados primários. (AHO *et al.*, 2014b).

Em relação à rede atual de estabelecimentos de saúde, apesar do número e da diversidade de estruturas existentes, verifica-se ainda, certas estruturas inadequadas ao conteúdo funcional que lhes é atribuído. Algumas precisam ser convertidas em estruturas de nível imediatamente superior, para corresponder à evolução demográfica das zonas em que se encontram implantadas. Existem no momento (TABELA 3), dois Hospitais Centrais, três Hospitais Regionais, 30 Centros de Saúde, cinco Centros de Saúde Reprodutiva - Programas de Acompanhamento Materno Infantil / Planejamento Familiar, 34 postos sanitários, 113 unidades sanitárias de base (AHO *et al.*, 2014b).

Tabela 3. Estruturas sanitárias por delegacias de saúde de Cabo Verde, 2011

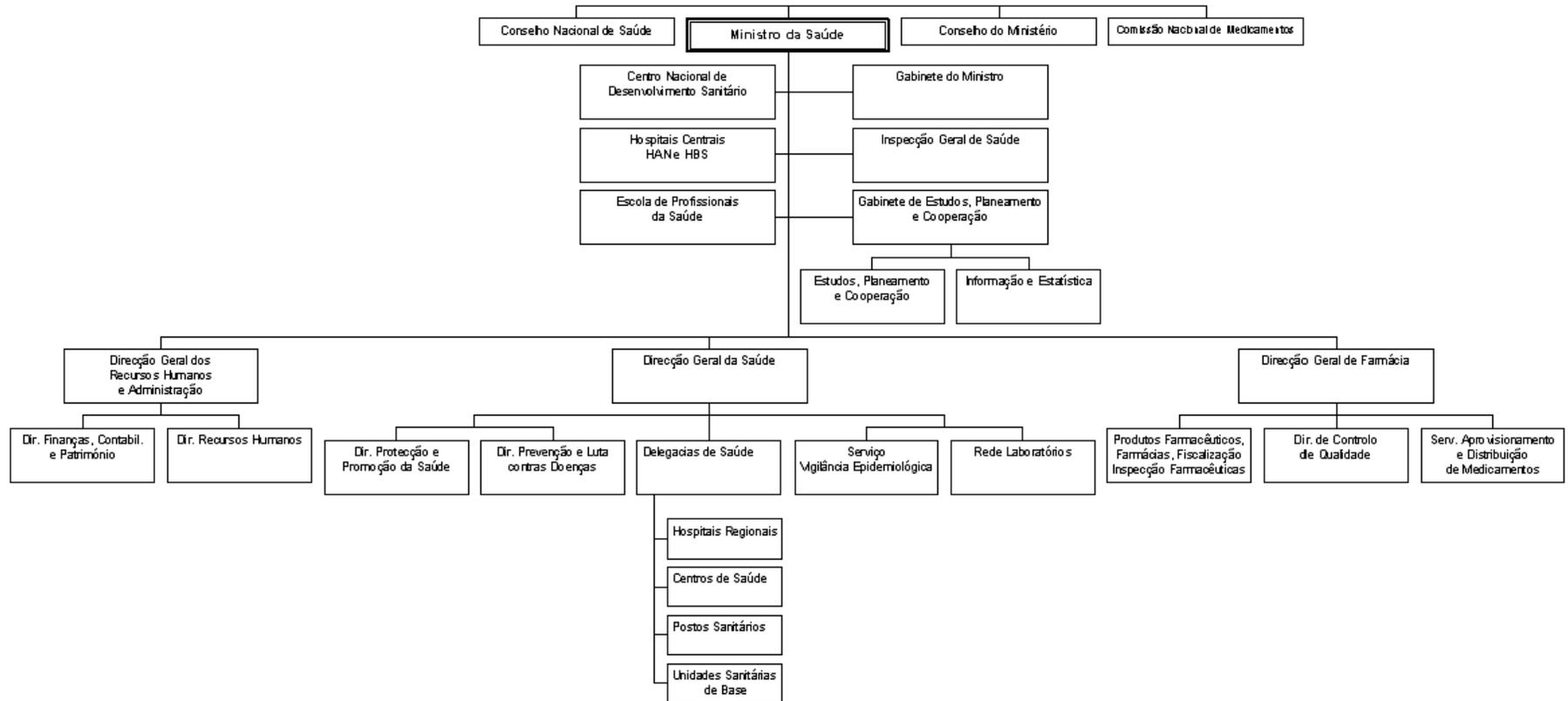
Estruturas	Ribeira Grande	Paul	Porto Novo	S. Vicente	S. Nicolau	Sal	Boavista	Maio	Praia	S. Domingos	Sta. Cruz	Santa Catarina	S. Miguel	Tarrafal	Mosteiros	S. Filipe	Brava	Total
	Hospital Central	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospital Regional	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3
Centro de Saúde	0	1	1	5	2	2	1	1	7	1	2	2	1	1	1	1	1	30
Centro Saúde Reprodutiva	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	5
Centro Terapia Ocupacional	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Centro de Saúde Mental	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Posto Sanitário	5	2	4	0	3	0	1	2	2	1	3	4	1	2	0	2	2	34
Unid. Sanitária de Base	8	4	15	3	10	2	5	3	9	10	9	9	6	7	4	6	2	113 *
Sede própria de delegacia	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	14*	7	20	12	15	4	7	6	21	12	14	17	8	10	5	11	5	191

**sic.*

Fonte: Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2012a, p.92.

O Ministério da Saúde de Cabo Verde (FIGURA 6), por sua vez, é o departamento governamental, ao qual compete formular as propostas relativas à definição da Política Nacional de Saúde e as medidas legislativas correspondentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE, 2012b). Define, promove e executa as políticas do Governo em matéria de proteção e promoção da saúde; Exerce as funções de programação, planejamento e gestão no setor público, bem como regulamentação, orientação, inspeção e fiscalização de atividades em ambos setores, público e privado (AHO *et al.*, 2014b).

Figura 6. Organograma do Ministério da Saúde de Cabo Verde



Fonte: WHO; AFRO, 2014.

O Sistema de Saúde em Cabo Verde registrou, nos últimos anos, avanços importantes visando à sua reforma, entre os quais destaca-se a aprovação da Lei de Bases da Saúde, em 2004, que redefiniu o Serviço Nacional de Saúde, composto pelo setor público de saúde e o setor privado. Foram atribuídos, a ambos, responsabilidades no tocante à prestação de cuidados, informação sanitária, vigilância epidemiológica, financiamento e acesso aos medicamentos, entre outros (WHO; AFRO, 2009). Constituem, portanto, oportunidades ao sistema de saúde do país: a democratização e descentralização do sistema de saúde e a confiança dos doadores no sistema (WHO; AFRO, 2012c).

De igual maneira, existem desafios ao desenvolvimento, como o aumento da prevalência de doenças transmissíveis, grande dependência da ajuda externa para o setor da saúde, a deficiente coordenação dos doadores, os altos níveis de pobreza, a fraca gestão no sistema de saúde e a base de recursos humanos pobre para o desenvolvimento sanitário (WHO; AFRO, 2012c). Tendo em conta o perfil epidemiológico do país, distinguem-se ainda, desafios em termos de especialização dos técnicos de saúde, necessidade de criação de novos serviços e investimento em equipamentos, tecnologias e laboratórios, o que significa um aumento crescente com os gastos em saúde. De uma maneira geral, limitações orçamentais, aliadas a uma reduzida capacidade de gestão a todos os níveis do sistema de saúde, têm representado grandes constrangimentos (FURTADO, 2008).

Todos os municípios do país dispõem de pelo menos um médico e um leque mais alargado de enfermeiros. Porém, no nível de especialidades médicas, o país ainda apresenta carências significativas com reflexo na tipologia de cuidados de saúde prestados e na necessidade de envio de doentes para o exterior, particularmente de doenças crônicas e não transmissíveis, designadamente para Portugal, com forte impacto no financiamento da saúde. O setor da saúde contava em 2010 com 292 médicos e 543 enfermeiros, sendo um médico para 1.684 habitantes e um enfermeiro por 905 habitantes, e com 61 Farmacêuticos (público: 14; privado: 47), três Técnicos de Farmácia e 36 Técnicos Auxiliares de Farmácia (AHO *et al.*, 2014b).

Uma das organizações de extrema importância na configuração da estrutura do Serviço Nacional de Saúde e em todo o processo de implementação das políticas de Saúde é a Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos. A articulação com Ordem dos Médicos é vital, uma vez que é ela quem procede à inscrição dos médicos enquanto requisito indispensável e necessário para o exercício da

Medicina em Cabo Verde e apoia o processo de fiscalização da qualidade dos serviços prestados pelas estruturas e pelos profissionais de saúde, além de desempenhar um papel importante na educação permanente e na formação especializada dos médicos, na análise e reflexão crítica sobre o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde e nas respectivas áreas e domínios do setor privado. De igual modo, existe uma associação profissional dos enfermeiros, que tem vindo a trabalhar no sentido de promover a formação e a capacitação desses técnicos de saúde, e como ator ativo no diálogo com as estruturas de saúde (FURTADO, 2008).

5.2.2 Situação e Capacidades Institucionais em Cabo verde de Acordo Com as Variáveis Seleccionadas

5.2.2.1 Sistema de Informação Sobre a Força de Trabalho

Em 2005, foi elaborada uma Política Nacional de Informação Sanitária, com a colaboração da OMS, tendo-se destacado os seguintes desafios ao desenvolvimento do Sistema Nacional de Informação Sanitária (SNIS): integração dos subsistemas de informação, incluindo a vigilância epidemiológica, o desempenho dos serviços e os recursos; recursos humanos qualificados; banco de dados unificado do Sistema Nacional de Informação Sanitária e divulgação e partilha dos dados factuais e conhecimentos (WHO; AFRO, 2009).

Propondo ainda definir uma arquitetura clara do sistema, com todos os subsistemas necessários para a produção dos principais dados, relativos aos indicadores previstos pelo Plano de Desenvolvimento do Setor da Saúde, a Política Nacional de Informação Sanitária reconheceu, como fazendo parte do Sistema Nacional de Informação Sanitária, os seguintes subsistemas: (1) Serviço de Vigilância Epidemiológica da Direção Geral de Saúde; (2) Serviço de Informação e Estatística do Gabinete de Estudos, Planejamento e Cooperação; (3) Área de Estatísticas do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e os setores de estatística dos Hospitais Centrais (AHO *et al.*, 2014b).

No domínio da informação sanitária, pode-se dizer que tem vindo a registar uma melhoria substancial no sistema de produção de estudos e estatísticas de saúde, e na relevância da formulação de políticas de saúde. Refere-se que tais estudos e estatísticas têm sido majoritariamente produzidos pelo Ministério da Saúde. Contudo, assiste-se a um interesse

crescente de instituições universitárias nacionais e estrangeiras ligadas a saúde, bem como de investigadores individuais no estudo da situação sanitária do país (FURTADO, 2008).

No que se refere à difusão e disponibilização de informações, têm sido utilizados alguns mecanismos, entre eles: a publicação impressa de estudos, relatórios e boletins de estatísticas, bem como o alojamento de todos os documentos em *websites* do Governo, do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde (FURTADO, 2008).

Em 2007, o Ministério da Saúde de Cabo Verde inaugurou o seu *site*: www.minsaude.cv onde já se encontram disponibilizados, ao público, documentos importantes sobre a saúde em Cabo Verde. Várias bibliotecas no país, incluindo a Biblioteca Virtual de Saúde de Cabo Verde (BVS-CV) (http://cabo-verde.epo_rtuguese.org) disponibilizam informações bibliográficas e documentos *online* para pesquisa (AHO *et al.*, 2014b).

Interessa sublinhar que todo o processo de reforma do Serviço Nacional de Saúde atualmente em curso tem tido como fonte de fundamentação e legitimação, estudos e estatísticas produzidos. Com efeito, a Política Nacional da Saúde, o quadro legal e normativo produzido, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (FURTADO, 2008), a política de formação e qualificação de quadros, incorporada no Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos, têm levado em conta informações sanitárias produzidas e disponibilizadas pelo setor, (estudos, diagnósticos e estatísticas). Contudo, ainda existe no país um déficit de cultura científica e, além disso, as instituições de ensino são muito recentes e estão na fase de construção de parcerias e de consolidação dos aspectos relativos à produção de conhecimento na área da saúde (AHO *et al.*, 2014b).

Informações sobre os recursos humanos encontram-se centralizadas na Direção Geral de Recursos Humanos e Administração (DGRHA), onde foi criado um banco de dados e, circunstancialmente, são elaborados quadros da distribuição do pessoal por estruturas e na Direção Geral do Planeamento, Orçamento e Gestão (DGPOG), onde existe um banco de dados e deverá ser instalado um Observatório de Recursos Humanos. A própria Administração Pública possui uma base de dados informatizada dos RH de toda a rede do Estado, podendo cada funcionário público aceder aos seus próprios dados *online* (AHO *et al.*, 2014b).

Está em desenvolvimento a conexão, por internet, de toda a rede pública de saúde, no contexto de criação de um Observatório de Saúde, com a função de coleta, tratamento e análise de dados, com vista à vigilância epidemiológica das doenças com potencial epidêmico e outras prioritárias, e à construção de indicadores considerados essenciais para a monitorização da situação sanitária do país e a produção de conhecimento para o desenvolvimento sanitário (AHO *et al.*, 2014b).

5.2.2.2 Relação Público/Privado

O Sistema de Saúde de Cabo Verde passou por três fases distintas: *a colonial portuguesa*, de 1460 a 1975; *a fase pós-independência e de regime de partido único ou monolítico*, em que o sistema era completamente estatizado e público (1975-1990) e *fase da liberalização do setor da saúde*, com o advento da democracia em 1991 e introdução do sistema misto, ou seja, público e privado. A introdução da medicina privada trouxe resultados bastante positivos ao sistema de saúde. O Estado passou a ter a obrigação constitucional de garantir o direito à saúde a todos e o dever de defender e promovê-la (AHO *et al.*, 2014b).

O Serviço Nacional de Saúde prevê que o setor privado complete o setor público na oferta dos cuidados de saúde. Com efeito, cada vez mais o setor privado tem vindo a desempenhar um papel crescente na prestação de cuidados de saúde, embora, até o momento, essencialmente nos centros urbanos. Em um momento em que se assiste a uma forte dinâmica de investimentos privados na indústria, a articulação e o reforço das parcerias público-privadas tem merecido um forte incremento por parte dos gestores e autoridades sanitárias do país (FURTADO, 2008).

O Serviço Nacional de Saúde estrutura-se essencialmente em torno do serviço público de saúde, tendo o setor privado e as organizações confessionais de solidariedade social ou mutualistas de saúde, uma função complementar, mas ainda residual (FURTADO, 2008).

A medicina privada é praticada em quase todas as ilhas e diversas especialidades, em clínicas e em consultórios médicos de regime de ambulatório. O setor privado desenvolveu-se essencialmente pela criação de gabinetes de consultas médicas, laboratórios de análises clínicas, gabinetes de fisioterapia e farmácias particulares (TABELAS 4 e 5).

Tabela 4. Unidades de saúde privadas por concelho, Cabo Verde, 2011

Conselhos	Consultório Médico	Odonto/Estomat./ Cirurg. Dent	Lab. Análises Clínicas	Centros Fisioterapia	Posto de Enfermagem
Ribeira Grande	2	1	1	0	1
Paul	0	1	0	0	0
Porto Novo	1	2	0	1	0
São Vicente	21	13	4	0	0
Ribeira Brava S. Nicolau	1	1	0	0	0
Tarrafal de S. Nicolau	0	0	0	0	0
Sal	1	3	1	0	0
Boavista	2	2	0	0	0
Maio	1	1	0	0	0
Praia	32	15	8	6	2
Ribeira Grande Santiago	0	0	0	0	0
São Domingos	0	0	0	0	0
Santa Cruz	1	1	0	0	0
S. Lourenço dos Órgãos	0	0	0	0	0
Santa Catarina	3	3	1	0	1
S. Salvador do Mundo	0	0	0	0	0
São Miguel	0	0	0	0	0
Tarrafal	0	1	0	0	0
Mosteiros	0	0	0	0	0
São Filipe	2	3	1	0	1
Santa Catarina do Fogo	0	0	0	0	0
Brava	0	0	0	0	0
Cabo Verde	67	47	16	7	5

Fonte: Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2012a, p.96.

Parcerias público-privadas, envolvimento das autarquias locais e o mutualismo voluntário podem ser igualmente úteis na complementaridade e aprofundamento do modelo de financiamento do sistema de saúde de Cabo Verde, bem como a cooperação de parceria com outros países (DIAS, 2010).

Em 2012 foi realizado, na cidade da Praia, o Fórum Nacional Sobre a Complementariedade e as parcerias público-privadas na Saúde. O fórum envolveu todos os parceiros com intervenção na área de saúde e representantes do Ministério de Saúde de Portugal, que testemunham a sua experiência nesse domínio. Dentre os pontos de agenda estavam: a) aprendizado por experiências público/privadas comparadas; b) parcerias e complementariedade público/privada no contexto dos polos influenciadores do funcionamento dos sistemas de saúde; c) experiência portuguesa no desenvolvimento da complementariedade e das parcerias público-privadas em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE, 2012c).

Tabela 5. Postos de venda de medicamentos, farmácias públicas e privadas em Cabo Verde, 2011

Concelho	Postos de Venda	Farmácias Públicas	Farmácias Privadas
Rib. Grande S. Ant.	0	1	1
Paul	1	1	0
Porto Novo	0	1	2
S. Vicente	0	6	6
Ribeira Brava	0	1	1
Tarrafal S. Nicolau	0	1	1
Sal	0	1	3
Boavista	0	1	1
Maio	1	1	1
Praia	0	7	9
Rib. Grande Santiago	0	1	0
S. Domingos	0	1	1
S. Lourenço Órgãos	1	0	0
Sta. Cruz	0	1	1
Sta. Catarina Santg.	1	2	3
S. Salvador do Mundo	0	1	0
S. Miguel	0	1	1
Tarrafal Santg.	1	1	2
Mosteiros	1	1	0
Sta. Catarina Fogo	0	1	0
S. Filipe	0	1	1
Brava	1	1	0
Total	7	33	34

Fonte: Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2012a, p.97

Mecanismos de complementaridade entre os setores público e privado de saúde precisam, contudo, ser mais bem definidos e regulados, bem como um quadro claro de definição de domínios e áreas (tanto em termos clínicos como geográficos) de intervenção e de incentivo aos investimentos privados no domínio da saúde. Constata-se, de igual modo, a necessidade de uma melhor articulação com as ordens e associações profissionais no sentido de uma melhor definição dos mecanismos de acumulação de funções nos serviços público e privado de saúde, evitando que em determinados contextos, um ou outro saia prejudicado (AHO *et al.*, 2014b).

Salienta-se que a legislação vigente na matéria desde finais da década de oitenta carece de revisão para a sua adequação às exigências atuais de transformação do país, em matéria de instalação de estabelecimentos privados e de acreditação de técnicos estrangeiros. A capacidade de regulação, inspeção e de fiscalização das clínicas privadas pelo Ministério da Saúde tem-se revelado deficiente, a ponto de nem sequer se dispor de dados relativos ao número exato de estabelecimentos privados e condições de funcionamento (AHO *et al.*, 2014b).

A política Nacional de saúde também reconhece a necessidade da procura de novas formas de parceria de carácter público-privado no setor da saúde, para contribuir com utilidade na Agenda de Transformação de Cabo Verde. Até finais de 2007, o governo não havia se dotado dos meios necessários para o estabelecimento de convênios susceptíveis de melhorar a utilização de recursos disponíveis a fim de concretizar a desejada complementaridade entre os setores, público e privado (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE, 2007).

5.2.2.3 Proteção à Saúde Ocupacional

Nos estabelecimentos de saúde, algumas situações se constituem como um constrangimento e um risco a saúde dos profissionais cabo-verdianos, entre elas pode-se citar: a falta de meios de proteção necessária, equipamentos atualmente disponíveis geralmente em fase de desgaste avançado, pouco diferenciados ou bastante incompletos em relação ao nível técnico previsto e falta de manutenção e reparação dos equipamentos, devido à dispersão e diversidade de marcas, de tipos e de origem dos aparelhos e instrumentos médico-sanitários em uso nos Centros de Saúde, Hospitais e outras estruturas de saúde do país (AHO *et al.*, 2014b).

No tocante à gestão do lixo hospitalar, Correia (2012?) destaca os seguintes condicionantes:

- Lixos raramente selecionados na origem ou triagem sem seguimento no tratamento (agulhas das seringas em recipientes improvisados, placentas e derivados cirúrgicos de grandes dimensões);
- Coleta por pessoal sem protecção, sem formação e pouco sensibilizado, com práticas, riscos e atitudes correctas;
- Armazenamento inicial em locais não adaptados (lavanderias, casas de banho, entre outros);
- Transporte externo feito pelo serviço municipal, conjuntamente com o lixo doméstico. Uma vez evacuados para lixeiras municipais, este não é controlado, tornando-se acessível a recuperadores e animais.

- Fraca articulação entre estruturas de saúde e serviços municipais para coleta, tratamento e eliminação do lixo. A título de exemplo, os resíduos líquidos são eliminados na rede de esgotos sem tratamento prévio.

Tendo em conta as perspectivas futuras no âmbito da gestão do lixo hospitalar em Cabo verde, quatro vertentes são consideradas fundamentais: a) A estruturação e equipamento do setor; b) Desenvolvimento e reforço do quadro legislativo e regulamentar; c) Realização de campanhas de informação e sensibilização; e d) Implementação de um programa de formação (CORREIA, 2012?).

5.2.2.4 Força de Trabalho em Saúde

Até 2005, havia uma grande falta de pessoas formadas em gestão ao nível das delegacias de saúde. Os sistemas de recrutamento, afetação, retenção e gestão dos RHS, no geral, enfrentavam dificuldades que, no entanto, só podiam ser minoradas com uma planificação e uma administração mais eficazes (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE, 2005).

A inexistência de um sistema de gestão dos recursos humanos no setor de saúde não permite o conhecimento real da situação atual, embora diagnósticos parciais tenham sido realizados. O último diagnóstico (2004) mostrou fragilidades na gestão de pessoal, tendo em conta a ausência de uma política de recursos humanos e a existência de um sistema de informação sobre os recursos humanos da saúde, provido de lacunas (AHO *et al.*, 2014b).

No domínio do desenvolvimento profissional dos recursos humanos, existem outros grandes constrangimentos, sobretudo no que concerne à promoção na carreira, que se encontra bloqueada há muitos anos. Embora possam ocorrer progressões, dificilmente ou quase nunca ocorrem promoções, o que se reflete na motivação dos funcionários (AHO *et al.*, 2014b); a inexistência de um sistema de gestão integrado; falta de pessoal técnico em determinadas áreas, estruturas e serviços; articulação deficiente entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação de Cabo Verde, com vista à definição de estratégias de formação de RHS (FURTADO, 2008).

Existem fortes variações de densidade médica. Constata-se uma forte concentração dos recursos humanos do setor nos hospitais centrais, de referência nacional, em contrapartida os municípios rurais apresentam menores coberturas. Médicos geralmente jovens, sem especialidade,

designadamente no domínio da saúde pública, ficam pouco tempo no cargo, preferindo o exercício da atividade médica o tempo inteiro e logo que possível seguir uma formação para especialidades médicas. A problemática de migração de funcionários de saúde coloca-se, sobretudo em relação aos médicos – porém, e em certa medida, também com os outros técnicos que fazem a formação académica no exterior. Em consequência da inexistência de uma Universidade em Cabo Verde que dê formação em medicina às diferentes especialidades, os cabo-verdianos são ainda obrigados a se deslocar ao estrangeiro para tais formações (AHO *et al.*, 2014b).

A carência de recursos humanos verifica-se, tanto no que diz respeito aos cuidados primários como à assistência hospitalar, sobretudo de especialistas. Todos os níveis do sistema de saúde apresentam um número insuficiente de profissionais e alguma distorção na relação entre os grupos profissionais (WHO; AFRO, 2009).

Em 2005 verificou-se um desequilíbrio na distribuição dos RHS, com uma forte concentração em dois municípios, Praia e São Vicente. Estes dois municípios detêm cerca de 74% dos médicos e 53% dos enfermeiros, embora representem, respectivamente, 25,6% e 15,5% da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE, 2005).

Alguns progressos tem sido, contudo, assistidos – nomeadamente, a promoção da formação local de médicos gineco-obstetras e de enfermeiros obstetras pelo Ministério da Saúde e o surgimento de instituições de ensino superior que oferecem cursos na área da saúde (WHO; AFRO, 2009). Com vista a promover o interesse pelas funções e cargos de saúde, bem como minimizar desigualdades de distribuição de RHS, prevê-se a introdução de um subsídio para os médicos e enfermeiros na periferia equivalente a 30-40 % do salário, e a introdução de um subsídio visando incentivar as pessoas a trabalhar na saúde pública, previsto em 20% do salário (AHO *et al.*, 2014b).

Quando da sua criação, o Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde (2005-2014) identificou diferentes problemas, entre os quais a ausência de um documento de política para os RHS, que sintetize e integre as diferentes medidas nessa matéria (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE, 2005). Este plano reconhece de forma clara a ineficiência no que diz respeito á gestão dos recursos humanos. Além disso, há uma falta evidente

de pessoas formadas em gestão ao nível das delegacias de saúde. Todos estes fatores contribuem para que o sistema de recrutamento, de afetação e de gestão dos RHS não seja muito satisfatório. Contudo, para uma mais adequada gestão dos RH do setor, está prevista e em processo de implementação, a instalação de um *software* de gestão provisional dos recursos humanos (AHO *et al.*, 2014b).

O Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos humanos para a Saúde do Ministério da Saúde de Cabo Verde constitui um documento de gestão que permitirá orientar, coordenar e acompanhar o crescimento qualitativo e quantitativo dos recursos humanos e a sua distribuição pelo território nacional, responder às necessidades e avaliar o seu impacto na melhoria da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE, 2012e).

O programa de desenvolvimento dos recursos humanos, integrado ao Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016, constitui-se como um pilar importante para a materialização do Plano estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde e uma nova etapa na organização do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE, 2012e).

O quadro a seguir (QUADRO 3), apresenta, de forma resumida, o diagnóstico da situação dos RHS em Cabo Verde, de acordo com o Plano Estratégico de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde 2005-2014 e o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário.

Quadro 3. Diagnóstico da situação dos RHS, Cabo Verde

Forças e oportunidades	Ameaças e fraquezas
Boa governança e vontade política para melhorar as condições de funcionamento do Serviço Nacional de Saúde. Estabilidade política e econômica. Existência de um Plano Nacional de Desenvolvimento e de um Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos. Autonomia da gestão dos hospitais. Disponibilidade de parceiros para apoiar nas ações de formação e disponibilidade de vagas e bolsas de estudos para formação no exterior no âmbito da cooperação. Implementação do processo de modernização e reforma da Administração Pública. Supervisão irregular das estruturas públicas embora.	Deficiente capacidade institucional de retenção de técnicos especializados e fraca motivação para trabalhar fora dos principais centros urbanos. Insuficiência da regulamentação do setor privado. Fluxo aos serviços pouco racional devido a não regulamentação da complementaridade entre os setores, público e privado. Forte dependência da assistência técnica internacional, com relação à prestação dos cuidados especializados. Base de dados pouco operacional e limitação das informações factuais para o desenvolvimento dos RHS. Incentivos, salários e condições de trabalho, pouco atrativos. Relativa ignorância sobre o conceito da Promoção da Saúde.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2005; 2012d

Quadro 4. Matriz analítica de dados, Cabo Verde

Pergunta	Sim	Não	Não encontrado	Dados ⁹
Possui um sistema de informação sobre a força de trabalho em saúde?			X	Situação atual e perspectivas futuras sobre o sistema de informação em saúde.
Possui um observatório de RHS?		X		Situação atual e perspectivas futuras, compreensão do funcionamento: dados e informações disponíveis.
Os serviços são ofertados pelo público e privado?	X			Antecedentes, contexto e situação atual no âmbito das políticas e garantias público e privado.
Desenvolve ações ou programas de parceria público-privada no âmbito trabalho e emprego em saúde?			X	Iniciativas para desenvolvimento de parcerias publico-privadas.
Existem políticas de proteção e promoção da saúde dos profissionais da saúde?			X	
Existem normas de vacinação de trabalhadores no setor?			X	
Existe regime especial de saúde ocupacional ou de acidentes de trabalho e doenças de trabalhadores da saúde?			X	
Existem políticas ou planos de desenvolvimento dos recursos humanos em saúde?	X			Situação atual e perspectivas futuras no âmbito do Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde (2005-2014).
Existem ações em curso ou estratégias definidas com vista a promover a distribuição equitativa e retenção dos profissionais da saúde?	X			Metas e estratégias: Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde; Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, integrado ao Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2012-2016).

Fonte: Autoria própria.

⁹ Os dados foram extraídos de diferentes fontes

5.3 MOÇAMBIQUE

5.3.1 Características Demográficas e Sistema de Saúde em Moçambique

a) Contexto Geral

Localiza-se na Região Austral da África e é banhado pelo Oceano Índico. Faz fronteira com: Tanzânia, Malawi, Zâmbia, Zimbabwe, Suazilândia e África do Sul (AHO *et al.*, 2014c). Com uma superfície de 802.000 km². Tem uma população de cerca de 25.830.000 habitantes (THE WORLD BANK, 2014) espalhados pelas 11 províncias do país: Maputo, Matola, Gaza, Inhambane, Manica, Sofala, Tete, Zambézia, Nampula, Niassa e Cabo Delgado (FIGURA 7). Sua capital, Maputo, também foi chamada de Lourenço Marques durante o domínio português. Tendo o país, em Junho de 1975, se tornado independente.

Figura 7. Mapa de Moçambique



Fonte: Adaptado de SCHNEIDER *et al.*, 2007.

Após a sua independência de Portugal, o Português foi escolhido como língua oficial e é também língua de ensino e de trabalho no país. Moçambique é um país multicultural e multilíngue. Além do Português, há quase 20 (vinte) línguas bantu que são faladas em todo o país. Verifica-se

atualmente um esforço para o uso das línguas bantu no ensino, através do ensino bilíngue (AHO *et al.*, 2014c). Entre as línguas nativas mais comuns estão o mácuá, o tsonga e o sena. A religião mais popular em Moçambique é o cristianismo, mas há uma presença significativa de seguidores do islamismo (ePORTUGUÊSe OMS, 2014).

Dotado de ricos e extensos recursos naturais, a economia do país é baseada principalmente na agricultura. Entretanto, crescem os setores do turismo e industrial (ePORTUGUÊSe OMS, 2014). Moçambique possui os seguintes recursos naturais: energia hidroelétrica, gás natural, petróleo, ouro, ferro, urânio, cobre, titânio, grafite, carvão mineral, tantaló, água mineral, madeiras, pedras preciosas, de ornamentação e semipreciosas, ágatas, turmalina, quartzo-rosa, granito-negro, calcário, anortositos, grafites, dumortierites, gabro, labradorite, vanádio, fluorite, madeiras, produtos piscatórios e outros (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2006a; GOVERNO DA PROVÍNCIA DE TETE, 2008). Das principais exportações destacam-se: o camarão, o algodão, o caju, o açúcar e o chá (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2006a).

Entre os mais importantes parceiros econômicos do país estão: a África do Sul, Portugal, Brasil, Espanha e Bélgica (ePORTUGUÊSe OMS, 2014). O país é membro da União Africana, da *Commonwealth* Britânica, da CPLP, da União Latina, da Organização da Conferência Islâmica, da SADC, da OIF (ePORTUGUÊSe OMS, 2014), dos PALOP, da OIT, da ONU, *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) e do Comitê Regional Africano da OMS.

b) Indicadores Econômicos

Desde 2001, a taxa média de crescimento econômico anual do PIB moçambicano tem sido uma das mais altas do mundo. No entanto, as taxas de PIB *per capita*, índice de desenvolvimento humano (IDH), desigualdade de renda e expectativa de vida de Moçambique ainda estão entre as piores do planeta (ePORTUGUÊSe OMS, 2014).

O país atualmente está classificado no grupo de baixa renda entre os países em desenvolvimento da África subsaariana, com um PIB de 15.320.000.000 dólares, um crescimento do PIB de 7,1% e 4,2% de inflação (THE WORLD BANK, 2014). O Rendimento Nacional Bruto (RNB *per capita*)

é de 1.011 (2011 PPC¹⁰ dólar) em 2013 (PNUD, 2014). A taxa de participação da força de trabalho da população adulta feminina e masculina é de 86% e 82,9%, respectivamente (PNUD, 2013).

c) Indicadores Sociais

Moçambique é um país bastante jovem, onde a maioria da população não ultrapassa os cinquenta anos de vida e onde a população feminina constitui a maioria (52%) (AHO *et al.*, 2014c). A idade média atual da população é de 16,9 anos e a atual taxa de migração da população é de -2,02 migrantes/1000 habitantes (CIA, 2014), sendo que apenas 31% de toda a população se concentra na área urbana (GHO; WHO, 2013). Em 2012, apenas 35% da população rural tinha acesso à fonte de água potável (CIA, 2014). A incidência da pobreza diminuiu acentuadamente de 69% em 1997 para 54% em 2003, mas manteve-se praticamente a mesma no período entre 2003-2009 (de 54,1% para 54,7%) (AHO *et al.*, 2014c).

A taxa estimada de alfabetização de adultos (a partir de 15 anos) era de 55,1%, até 2010 (PNUD, 2013) e o IDH de 0,393 (considerado baixo), segundo os dados do PNUD (2014). Na área de educação: a proporção da população com acesso à escola aumentou de 30,8%, em 2002-2003 para 37,3%, em 2008-2009 (AHO *et al.*, 2014c). Já os gastos com a educação foram de 5% do PIB em 2006 (CIA, 2014).

d) Indicadores de Saúde

A percentagem da população com acesso a uma unidade de saúde a menos de 45 minutos a pé aumentou de 55% para 65% entre 2002-2003 e 2008-2009, com maiores ganhos para as zonas rurais. Apesar da alta prevalência de HIV e o impacto do HIV na esperança de vida, Moçambique registou uma melhoria significativa na esperança de vida nos últimos 10 anos. Assim, a esperança de vida passou de 42,3 anos em 1997 para 50,9 anos em 2007 (AHO *et al.*, 2014c). A taxa de natalidade atual é de 38,83 nascimentos/1000 habitantes e a expectativa de vida ao nascer para homens e mulheres é de 51,85 e 53,37 anos, respectivamente. A taxa de mortalidade é de 12,34 mortes/1000 habitantes (CIA, 2014). A esperança de vida ajustada (EVA) é de 42 anos (PNUD, 2013).

¹⁰ Paridade do poder de compra mede quanto uma moeda pode comprar em termos internacionais (em dólar).

Entre as principais causas de morte no país estão: a malária, SIDA, doenças diarreicas, pneumonia e tuberculose, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística e do Inquerido sobre causas de mortalidade (INE; INCAM, 2009). Em 2008 a densidade de médicos era 0,03 médicos/1000 habitantes. Os gastos em saúde em 2011 eram de 6,6% do PIB (CIA, 2014).

e) Sistema de Saúde em Moçambique

O Sistema de Saúde Moçambicano é resultado não apenas das políticas coloniais e da guerra civil, que durou cerca de 20 anos (significativa degradação e fragilidade), como também das ações que o governo tem desenvolvido para a sua reabilitação. De acordo com WHO; AFRO (2014), o Sistema Nacional de Saúde em Moçambique compreende: o setor público, setor privado com fins lucrativos, setor privado sem fins lucrativos (dos quais fazem parte as ONGs) e o setor comunitário composto pelos Praticantes da Medicina Tradicional (PMT).

Em 2007 foi criado o Instituto de Medicina Tradicional (IMT), subordinado ao Ministério da saúde de Moçambique (MISAU), com o objetivo de reconhecimento do setor tradicional e o seu papel enquanto prestadores de serviços de saúde, uma vez que uma parte da população tem a medicina tradicional, como única fonte de cuidados de saúde (WHO; AFRO, 2014). Em reconhecimento da cultura tradicional, foram mobilizados profissionais tradicionais, para apoio a atividades no Serviço Nacional de Saúde, trabalhando como pessoal de saúde no nível comunitário. Estes possuem um peso importante na prestação de cuidados de saúde (FERRINHO; OMAR, 2005).

O setor público que compreende o Serviço Nacional de Saúde constitui o principal prestador de serviços de saúde á escala nacional, prestando mais de 90% dos serviços de saúde e estrutura-se em quatro níveis de atenção e prestação de serviços:

- Nível primário

Composto por centros e postos de saúde, com a função de prestar serviços básicos de saúde. Incluem a maior parte dos programas prioritários (MISAU, 2013a). Engloba um conjunto de ações básicas para a solução dos problemas mais vulgares. Cerca de 70-80% dos problemas que motivam a procura de cuidados de saúde podem ser resolvidos a este nível. Contudo, devido ao número limitado de profissionais qualificados, fraca capacidade de diagnóstico e ineficiente

sistema de referência, uma proporção considerável acede ao Serviço Nacional de Saúde através dos níveis mais altos (AHO *et al.*, 2014c).

- Nível secundário

Composto pelos hospitais distritais, gerais e rurais. Representa o primeiro nível de referência. Os níveis primário e secundário estão essencialmente vocacionados para a prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) (MISAU, 2013a).

- Os níveis terciário e quaternário

O primeiro, constituído pelos hospitais provinciais e o segundo, pelos hospitais centrais e especializados. Oferecem fundamentalmente, cuidados diferenciados prestados por profissionais especializados e representam referência para os níveis inferiores (MISAU, 2013a).

A rede sanitária está composta por cerca de 1.338 unidades de saúde, das quais fazem parte: 49 hospitais, 775 centros de saúde nos três níveis e 514 postos de saúde. Uma unidade de saúde está para 15.000 habitantes (a meta é de uma unidade de saúde para 10.000 habitantes), sendo que, destas unidades de saúde, apenas 3,6% são constituídas por hospitais (TABELA 6) e tem capacidade de resolver problemas complexos (ePORTUGUÊSe OMS, 2014).

Tabela 6. Número de unidades sanitárias no setor público por nível e províncias em 2011, Moçambique

Níveis de Unidades Sanitárias	Província ^{II}											Total
	Ns	CD	Nm	Zb	Tt	Mn	Sf	Ib	Gz	MP	MC	
3º e 4º	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	10
2º	1	3	8	10	5	5	8	8	8	6	4	66
1º rural	142	107	197	200	97	90	147	106	118	78	32	1.314
Outro (HM, HPs)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Total	144	111	207	211	103	96	156	115	127	84	38	1.392

Fonte: Ministério da Saúde de Moçambique, 2012b, p.110.

O limitado acesso às unidades de saúde é agravado pela ausência de equipas mínimas de provedores de saúde, devido principalmente ao desequilíbrio na distribuição e disponibilidade de recursos humanos, sobretudo nas regiões mais remotas e norte do país, bem como pela fraca

¹¹ NS (Niassa), CD (Cabo Delgado), Nm (Nampula), Zb (Zambézia), Tt (Tete), Mn (Manica), Sf (Sofala), Ib (Inhambane), Gz (Gaza), MP (Maputo Província), MC (Maputo Cidade).

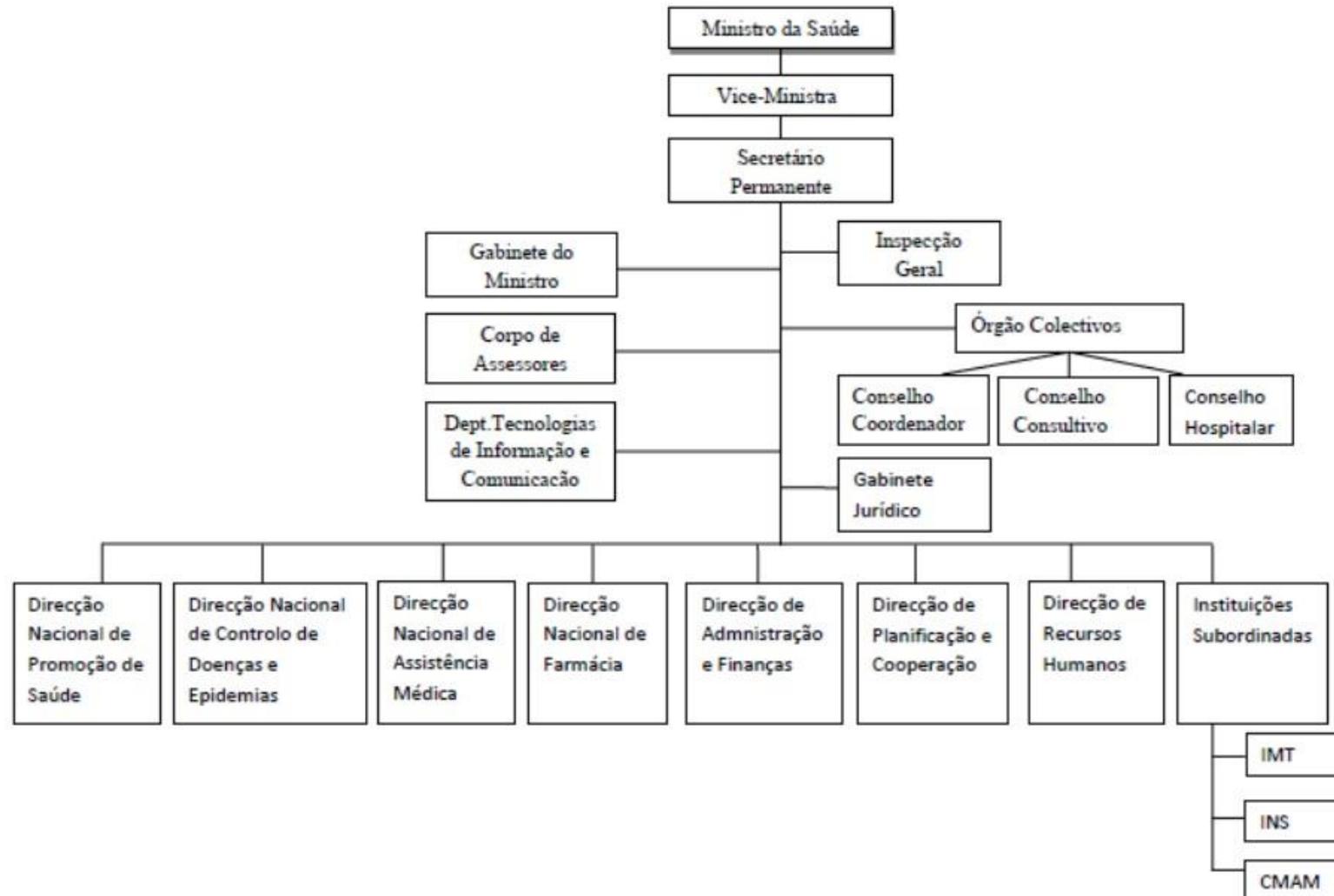
qualidade da infraestrutura. Observam-se deficientes condições físicas, sendo que apenas 50% das unidades sanitárias periféricas dispõem de sistemas de energia e 60% de abastecimento de água, condicionam ainda mais a qualidade dos serviços prestados (MISAU, 2013a). A fragilidade dos níveis de atenção mais periféricos (centros de saúde e hospitais rurais/gerais) é atribuída ao:

- Desequilíbrio das equipes de saúde, destacando-se a baixa qualificação dos profissionais colocados nas regiões mais remotas;
- Fraca motivação dos trabalhadores resultantes das difíceis, condições de trabalho e de vida, e baixas remunerações;
- Infraestrutura em condições de conservação e higiene deficientes e ausência de equipamentos básicos ou em mau funcionamento;
- Supervisão deficiente pelos níveis superiores (MISAU 2012b).

O Ministério da Saúde de Moçambique reconhece o papel da apropriação e da participação comunitária na melhoria do estado de saúde da população, através do envolvimento comunitário da revitalização do programa dos Agentes Polivalentes Elementares (APEs), responsáveis por desenvolver atividades de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças. Desta maneira, as estruturas da comunidade fazem a interface com os trabalhadores de saúde, especialmente no primeiro nível do Serviço Nacional de Saúde e participam na organização e na operação dos serviços de saúde (AHO et al., 2014c).

O MISAU é o órgão central do Aparelho do Estado (FIGURA 8), responsável pela aplicação da política de saúde nos domínios: público, privado e comunitário, de acordo com os princípios, objetivos e tarefas, definidos pelo Governo (MISAU, 2014a). Portanto, é quem regula, supervisiona e fornece as normas e controle de todas as atividades relativas ao setor no país, também, o principal provedor de atividades de promoção, prevenção e cura (MISAU, 2012a).

Figura 8. Organograma do Ministério da saúde de Moçambique



Legenda: Instituto de Medicina Tradicional (IMT), Instituto Nacional de Saúde (INS), Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM).

Fonte: Ministério da Saúde de Moçambique, 2009?

Moçambique tem como documentos definidores das suas políticas de saúde e de recursos humanos, o Programa Quinquenal do Governo, o Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA), a Política Nacional de Saúde e o Plano Estratégico para o Setor da Saúde (PESS). Nestes documentos, identifica-se um forte compromisso para com a consecução dos ODM (MISAU, 2007?:1). O Plano Estratégico do Setor da Saúde (PESS) tem identificado défice de profissionais qualificados e seus efeitos negativos para a implementação das políticas de saúde (MISAU, 2007?:1). O Plano Quinquenal do Governo (2010-2014) define a saúde como uma das áreas prioritárias de intervenção (AHO *et al.*, 2014c).

O quadro a seguir (QUADRO 5) apresenta, de forma resumida, o diagnóstico da situação dos RHS em Moçambique, de acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da saúde (PNDRHS) 2008-2015.

Quadro 5. Diagnóstico da situação dos recursos humanos da saúde em Moçambique

Oportunidades	Ameaças
Contexto geral	
Governo politicamente forte e estável. Compromisso para equidade de acesso (redução de desigualdades). ODM (concentrar atenções em prioridades estratégicas). Momentos de mudança (Reforma do Setor Público). Crescimento económico (possibilidade de redução da dependência externa e da pobreza)	SIDA (capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde). Dependência de fundos externos.
Mercado de trabalho	
Clarificação e evolução do papel regulador do .MISAU Produção interna de RHS (aumento considerável de instituições de formação). Setor privado em crescimento (contratualização para a causa pública).	Grandes desigualdades na distribuição dos RHS. Capacidade de produção de RHS limitada e de qualidade variável. Mercado de trabalho dominado pelo Serviço Nacional de Saúde (falta de recursos e mecanismos de sobrevivência institucional). Setor privado em crescimento (sem regulamentação).
Administração e gestão dos recursos humanos no setor público	
Incentivos para redistribuição, retenção e produtividade de pessoal. Planejamento estratégico dos RHS (execução).	Competências limitadas em gestão e administração em geral e dos RHS em particular. Planejamento estratégico dos RHS (adequação). Condições de trabalho deficientes.
Áreas de observação	
Lançamento do ORHS. Projeto subsistema electrónico de informação de pessoal (eSIP-Saúde).	Função Observatório dos Recursos Humanos em Saúde não concluída. Projeto eSIP-Saúde (em fase inicial, inconsistências de dados). Qualidade limitada do SIS.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde de Moçambique, 2007?, p.2-3.

5.3.2 Situação e Capacidades Institucionais em Moçambique de Acordo Com as Variáveis Seleccionadas

5.3.2.1 Sistema de Informação Sobre a Força de Trabalho

O fato de não existir uma política nacional de informação para a saúde em Moçambique torna difícil o desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade, aumentar o acesso e o uso da informação para a tomada de decisão. Constituem-se em grandes fraquezas a impossibilidade de acesso a um banco de dados no qual evidências e conhecimento em saúde poderiam ser obtidos e o fato da informação disponível nos portais do Ministério da Saúde de Moçambique e Instituto Nacional de Estatística, muitas vezes, estar desatualizada (AHO *et al.*, 2014c).

Em 1991 foi introduzido em escala nacional o Sistema de Informação para a Saúde (SIS), porém, somente no período de 2000-2002 foi aprovado o primeiro documento oficial no país em relação à área das tecnologias de informação: a Política de Informática e sua estratégia de implementação, com o tema “*Para a Sociedade Global da Informação*”. Dentro dessa política seis áreas prioritárias são identificadas, incluindo a área de saúde. Essa política reconhece que são várias e imensas as oportunidades que as tecnologias de informação e comunicação oferecem ou podem oferecer a saúde incluindo: disseminação através da informação sanitária, gestão de dados sobre saúde, criação de rede eletrônica da saúde, entre outras (AHO *et al.*, 2014c).

O sistema de informação de pessoal utilizado pelo Ministério da Saúde de Moçambique para a gestão dos RHS é o Subsistema de Informação de Pessoal (SIP), desenvolvido pelo Governo para todo o setor público, gerido pelo Ministério da Função Pública. Com vista a acrescentar informação necessária sobre RHS, especificamente recolher, registar, monitorar e avaliar as atividades de formação contínua em saúde, o Ministério da Saúde desenvolveu um sistema computadorizado de monitorização da formação contínua, o Sistema de Informação sobre as Formações (SIFo) e o Sistema de Informação da Formação Inicial (SIFin) nas Instituições de Formação do Ministério da Saúde de Moçambique, para proporcionar uma base de dados completa da formação inicial (nível básico e médio) (MISAU, 2013b).

Através do Decreto 54/2007 de 29 de Novembro, o Subsistema de Informação de Pessoal passou a denominar-se Subsistema Eletrónico de Informação de Pessoal, abreviadamente designado e-

SIP. (MISAU, 2010a). O e-SIP está incluído em uma estratégia do governo de criar uma plataforma comum de comunicação para enfrentar os desafios de crescimento, que garanta a interoperabilidade entre diferentes aplicações (MISAU, 2012a).

O Ministério da saúde de Moçambique elaborou o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS) 2008-2015 que considera a necessidade de melhorar substancialmente as fontes de informação sobre os RHS no país. No âmbito da implementação deste plano, o MISAU prevê o estabelecimento de um Sistema de Informação Integrado em Recursos Humanos da Saúde (eSIP-Saúde) (MISAU, 2012b). O Projeto visa desenvolver um sistema de informação recursos humanos em saúde que ajude a responder essencialmente as seguintes questões: quantos são os recursos humanos em saúde, quem são, onde estão, o que fazem e como melhorar. Em 2010 iniciaram várias atividades tendentes à sua materialização, onde se destacam o levantamento das necessidades de informação de recursos humanos em saúde e a avaliação dos sistemas existentes (MISAU, 2013b).

Moçambique possui já um Observatório de Recursos Humanos para Saúde (ORHS), trata-se de um fórum composto por diversas instituições que procura promover a colaboração, cooperação e partilha de conhecimentos a nível nacional, regional e internacional, através da criação de uma rede para troca de informações atualizadas visando, apoiar na formulação de políticas, na tomada de decisões baseadas em evidências, na contribuição com informação sobre RHS, bem como, na demonstração da relação entre a formação dos recursos humanos em saúde e sua gestão, contribuindo para o fortalecimento do sistema de saúde e para a prestação de cuidados de saúde (MISAU, 2014a).

O Observatório é um fórum nacional crítico para resolver problemas nos recursos humanos em saúde. Seu objetivo é colocar os recursos humanos em saúde no topo da agenda política. Ele suporta a coleção e análise de dados para estimular decisões políticas informadas (WHO; AFRO, 2012d). Dispondo atualmente de alguns dados e informações referentes a políticas e legislação sobre RHS (planos estratégicos e regulamentos), recursos humanos no Serviço Nacional de Saúde (estatísticas e anuários sobre RHS), pesquisas e investigações (coletânea de pesquisas sobre RHS e agenda de pesquisa), eventos e iniciativas (conferências anuais, encontros, fóruns) e outros (MISAU, 2014a).

5.3.2.2 Relação Público/Privado

O sistema de saúde de Moçambique é constituído por ambos os setores, público e privado (WHO; AFRO, 2014). O setor privado, com fins lucrativos, em Moçambique está a desenvolver-se gradualmente, especialmente nas grandes cidades (TABELA 7). A política de saúde em vigor reconhece o seu papel na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos. Porém a lei que regula e autoriza a prestação de cuidados de saúde por pessoas singulares e coletivas de direito privado, encontra-se desatualizada, precisando ser revista de modo a adequá-la à atual realidade e ao desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde quanto a: definição do papel social do setor privado na prestação de serviços de saúde, redefinição de mecanismos de controle, supervisão e fiscalização de instituições de saúde privadas e regulamentação (definição de padrões, critérios técnicos) para a construção e gestão de clínicas de saúde privadas (MISAU, 2012a).

Tabela 7. Distribuição de estabelecimentos de saúde privados com fins lucrativos nas províncias por tipo (Moçambique)

Províncias	Postos de Saúde	Centros de Saúde	Consult.	Clínicas	Laborat.	Institut.	Ambul.	Farmác.
Maputo Cidade	30	24	48	13	9	5	4	322
Maputo Província	26	21	1	4	1	0	0	0
Gaza	3	7	0	1	0	0	0	0
Sofala	23	2	6	1	2	0	0	0
Tete	0	2	1	0	0	0	0	0
Inhambane	4	1	0	1	0	0	0	0
Cabo Delgado	1	0	0	1	0	0	0	3
Zambézia	1	3	0	0	0	0	0	0
Manica	3	1	0	2	0	0	0	7
Nampula	5	2	11	0	2	0	0	0
Niassa	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	96	63	67	23	14	5	4	334

Fonte: Ministério da Saúde de Moçambique, 2012b, p.115.

Os prestadores privados com fins lucrativos limitam-se às zonas urbanas, particularmente na capital, e beneficiam principalmente trabalhadores de grandes empresas, missões diplomáticas e clientes de seguradoras. Existe pouca informação relativa à utilização deste setor, bem como os recursos que dispõe, devido principalmente ao fraco controle e à falta de clareza, quanto à sua regulamentação, embora seja assumido que partilhe alguns recursos com o setor público, como, o humano. É nesse âmbito que o papel complementar do setor privado, na melhoria do acesso equitativo aos cuidados de saúde carece de uma análise mais aprofundada (MISAU, 2013b).

Relações público/privado e iniciativas de contratação de serviços de ONGs têm sido exploradas ou estão em curso no país (AHO *et al.*, 2014c).

Existe também, o setor privado sem fins lucrativos, representado por Organizações Não Governamentais (ONGs) estrangeiras e algumas entidades religiosas, estas últimas, a sua presença ainda não é significativa (AHO *et al.*, 2014c). Tais confissões religiosas têm parcerias importantes com o MISAU em várias áreas e domínios da saúde. O MISAU estabeleceu um código de conduta que regula a relação de parceria com as ONGs, este prevê a criação do Comitê Nacional de Coordenação com as ONGs e o Comitê Provincial de Coordenação com as ONGs (MISAU, 2012a).

Embora algumas ONGs tenham uma orientação de caridade, participação e emponderamento, a maioria das ONGs que operam no setor de saúde concentra-se na provisão de serviços em estreita ligação com o setor público. Em geral, estas organizações focam em uma ou várias áreas programáticas, sobretudo o HIV/SIDA e Saúde Materno Infantil (SMI). Contudo, o financiamento predominantemente externo destas ONGs, a sua distribuição desigual pelo território nacional e a concentração em um número restrito de programas que muitas vezes exclui o fortalecimento das instituições nacionais e desenvolvimento de RHS, ameaça à sustentabilidade dos seus programas e dificulta a implementação de políticas nacionais de redução das iniquidades (MISAU, 2013b).

Os resultados do estudo de Mussa *et al.* (2013) alertam para: o êxodo de profissionais de saúde do sistema de saúde público para o privado (ONGs), provocado por grandes disparidades nos salários e condições de trabalho; dificuldades de coordenação entre o setor público e organizações internacionais privadas sobre o uso de recursos externos e os desafios para o controle local.

A migração interna de pessoal (do setor público para instituições privadas) tem um efeito de distorção sobre o Sistema de Saúde de Moçambique. Em seu estudo sobre a magnitude da migração interna e externa entre os médicos moçambicanos qualificados, Sherr *et al.* (2012) verificaram uma migração substancial do setor público, especialmente entre os médicos mais experientes. Em geral, a migração interna foi bem maior do que a migração externa, no que

contribuiu para a perda dos médicos do setor público, a migração interna foi responsável por mais de três vezes mais perdas do que a migração externa.

Existem evidentes problemas relacionados às condições e vínculo de emprego no setor público. O dilema abastarda-se na gestão de recursos humanos do setor, especialmente com a prática bastante comum, de mudanças de tarefas, não documentadas. Os trabalhadores, muitas vezes precisam praticar para além do escopo tradicional da sua prática profissional, para lidar com suas tarefas diárias. É comum que profissionais de nível básico e até mesmo pessoal auxiliar destreinados ou agentes comunitários de saúde, assumam papéis e realizem atividades legalmente reservadas para quadros de trabalhadores médios e de alto nível (FERRINHO *et al.*, 2012a).

Em Moçambique, os TS representam o segundo maior contingente empregado pelo setor público após o setor da educação. Tendo se registrado um crescimento de pessoal de 35.503 em 31 de Dezembro de 2011 para 38.164 no mesmo período em 2012 (MISAU, 2014a). Geralmente o mesmo pessoal de saúde trabalha nos dois setores (público e privado) (MISAU, 2012a).

Verifica-se também, a prática não menos comum de privatização de alguns serviços em hospitais públicos, bem como a adoção do “Atendimento Especial”, o qual permite ao pessoal clínico fazer prática privada nestes hospitais, cobrando taxas mais elevadas para aqueles utentes com possibilidades (MISAU, 2012a).

5.3.2.3 Proteção à Saúde Ocupacional

Até 2005, a contaminação pelo vírus do HIV/SIDA era o risco considerado mais elevado, dentre aqueles a que os trabalhadores da saúde estavam expostos. Estando associado principalmente à falta de condições de trabalho tais como mecanismos de proteção e protocolos inadequados. A consciência de que as profissões da saúde estão mais expostas a estes tipos de risco, refletiam-se, nessa altura, em reivindicações por melhores condições de trabalho (FERRINHO; OMAR, 2005).

Por meio de parcerias de cooperação, em 2005 foi ministrado um curso de qualidade e biossegurança laboratorial em Moçambique, no âmbito do programa Monitoramento da Expansão do HIV/AIDS/DST, desenvolvido pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças CDC/Atlanta e a Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Brasil. Contou com participação da Escola

Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). O programa tem por objetivo a capacitação técnica e o treinamento laboratorial em diversos países (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2005). Em 2007, representantes do Instituto Nacional de Saúde do Ministério da Saúde de Moçambique estiveram no Instituto Oswaldo Cruz (IOC) para conhecer a estrutura e as atividades da Comissão Interna de Biossegurança (CIBio). A iniciativa resultou de um convênio entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e o Instituto Nacional de Saúde e Ministério da Saúde de Moçambique, com vista a transferência de conhecimento em biossegurança para o país (FIOCRUZ, 2007).

A proteção da saúde do trabalhador através de promoção de uso de técnicas seguras e precauções básicas é uma prioridade para o MISAU. Em 2007, foi implementada uma intervenção com componentes de:

- Formação do trabalhador de saúde em Profilaxia Pós-exposição (PPE) e prevenção de acidentes de trabalho;
- Notificação de casos de exposição ocupacional ao HIV;
- Supervisão das atividades de profilaxia pós-exposição nas unidades sanitárias e monitoria das ações de gestão de risco hospitalar;
- E segurança e saúde no ambiente de trabalho hospitalar (MISAU, 2012a).

Em 2008 foi agregou ao programa de Prevenção e Controlo de Infecções (PCI), a componente de “saúde e segurança no ambiente de trabalho” na qual está incluída a “consulta do trabalhador”, onde os trabalhadores têm possibilidades de realizar exames médicos regulares e obterem dados sobre o seu estado de saúde (MISAU, 2014b).

Até 2010, 167 unidades sanitárias implementavam a profilaxia pós-exposição. Durante as supervisões no âmbito do programa, são realizados inquéritos anónimos em TS. No último inquérito (901 trabalhadores) em 2010, 16% referiram ter tido acidentes de trabalho por exposição a fluidos contaminados, 64% reportaram acidente do trabalho. Entretanto, ainda há receio em reportar os acidentes de trabalho. Até 2010, 816 trabalhadores notificaram acidentes de trabalho e 742 receberam a profilaxia (MISAU, 2012a).

As condições de segurança no local de trabalho melhoraram nas unidades de saúde. Até junho 2010, 129 unidades de saúde implementavam o Programa de Prevenção e Controle de Infecções (PCI). Com vista incentivar tal prática, todos os anos são premiadas as unidades sanitárias que atingem mais de 80% dos padrões de desempenho em todos os serviços (MISAU, 2012a). Este Programa tem como pilares de intervenção: as práticas seguras; o processamento seguro de instrumentos e materiais médico-cirúrgicos; a higiene e limpeza das unidades sanitárias; a gestão e o tratamento do lixo hospitalar e a correta higiene das mãos, com o objetivo único de aumentar a segurança do doente e do trabalhador de saúde (MISAU, 2014a).

Desde 2012 o MISAU tem publicado boletins informativos sobre a Prevenção e Controlo de Infecções (ANEXO B), com o objetivo de divulgar atividades, formações, intervenções realizadas e os resultados das medições externas de desempenho do programa realizado nas diferentes unidades sanitárias do País. Na sua 3ª edição (2013), dedicada à divulgação das principais atividades realizadas, o boletim apresenta dados de imunizações realizadas em TS (TABELA 8) (MISAU, 2014b).

Tabela 8. Imunizações realizadas 2012-2013

Unidade sanitária	Nº TS vacinados	Tipo de vacina
Hospital Central de Maputo	530	Meningite
Hospital Provincial de Xaixai	278	Hepatite B
	129	Meningite
	303	Tétano
Total de TS vacinados		1240

Fonte: Ministério da Saúde de Moçambique, 2014b.

No que respeita a gestão do lixo hospitalar, hospitais foram devidamente equipados com incineradores. Foi adquirido e distribuído Equipamento de Proteção Individual (EPI) para o pessoal nas unidades de saúde do país, porém, em quantidade insuficiente e a razão para isto é a incapacidade orçamental do MISAU para suportar todos os encargos de instalação do Programa de Prevenção e Controle de Infecções, adquirir EPI, material para esterilização e de higiene e limpeza em todas as unidades de saúde (MISAU, 2012a).

A Política e Plano Nacional de Controle da Infecção para a Tuberculose em Unidades Sanitárias e Ambientes Conglomerados de Moçambique, no âmbito da sua estratégia de realizar uma análise da situação nacional do controle de infecção para a tuberculose, visa fornecer um quadro geral

evidenciando as variações regionais do nível de risco de transmissão da tuberculose nas unidades sanitárias do país e uma medida do nível de cumprimento das práticas de controle de infecções para a tuberculose. Tendo a ênfase e prioridade nas medidas administrativas, que formam a base de qualquer programa de controle de infecções de êxito e, envolvem políticas e práticas de trabalho que ajudam a reduzir a exposição dos trabalhadores da saúde e pacientes (MISAU 2010b).

5.3.2.4 Força de Trabalho em Saúde

Moçambique enfrenta uma grave escassez de RHS (AHO *et al.*, 2014c). Tal escassez deve-se, dentre tantos fatores, ao número reduzido de formandos pelo igual número reduzido de instituições de formação em saúde no país, acompanhado a perdas de pessoal por aposentadorias, mortes e saídas voluntárias, grande parte devido à busca de melhores condições de trabalho e emprego no setor privado (MISAU, 2013b).

O MISAU tem adotado políticas com vista a promover a retenção dos profissionais de saúde e reduzir as desigualdades entre meio urbano e rural. Entre as políticas é importante referir: o aumento da oferta de profissionais de saúde através de cursos pós-laborais¹²; colocação de pessoal recém-graduado nas áreas desfavorecidas; Incentivos para os funcionários colocados em áreas rurais; Expansão da formação nas províncias (MISAU, 2012a).

A migração de RHS para o exterior do país nunca foi um problema relevante em Moçambique, provavelmente devido a barreiras linguísticas e culturais. Por outro, a limitada oferta de alternativas do mercado no setor e algumas estratégias de retenção desenvolvidas pelo Ministério da Saúde de Moçambique, tem feito com que grande parte do pessoal continue ligado ao Serviço Nacional de Saúde, apesar de escalas salariais pouco aliciantes (MISAU 2013b).

O país apresenta uma expressiva desigualdade na distribuição do pessoal. Quase metade dos médicos trabalha na capital, Maputo, onde habitam cinco por cento da população total do país (SHERR *et al.*, 2012). A discrepância entre a cidade de Maputo e as províncias do norte é simplesmente, gritante. Embora os estudantes de medicina sejam originários de todas as províncias do país, a expectativa é a obtenção de um emprego na cidade capital. Este é o primeiro de muitos fatores de atração que irá manter a alta concentração de médicos em Maputo, para onde

¹² Cursos desenvolvidos após o horário normal de expediente (período noturno)

eles voltam logo que o seu período de dois anos obrigatórios no emprego rural termine, uma vez que a capital oferece melhores possibilidades de rendimento-extra, condições de vida e de trabalho, perspectivas de carreira e oportunidades de aperfeiçoamento profissional (VIO, 2006).

Apesar dos esforços do MISAU em aumentar a força de trabalho nas províncias mais populosas, a distribuição do pessoal ainda esta aquém do ideal (TABELA 9). Persistem, no entanto vários problemas: a redistribuição de médicos e de outro pessoal para as zonas rurais não se está a processar tão rapidamente como seria desejável e a falta de médicos especialistas torna o sistema ainda dependente da assistência técnica estrangeira (AHO *et al.*, 2014c).

Enfermeiros e as parteiras auxiliares, especificamente, são trabalhadores mais presentes nas zonas rurais do que nas zonas urbanas: 60% dos enfermeiros auxiliares e 68% das parteiras auxiliares exercem a sua profissão em zonas rurais, isto é, 15 em cada 25 enfermeiros auxiliares e 25 em cada 37 parteiras auxiliares, embora, apenas 3% dos médicos lá trabalham (WHO, 2010).

Tabela 9. Evolução e distribuição do pessoal da saúde por região em Moçambique (2000- 2004-2010)

Colocação	2000		2004		2010		Mudança 2000-10	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Norte (CD, Ns, Nm, Zb) ¹³	5.448	34	6.779	35	13.740	40	8.292	6%
Centro (Tt, Mn, Sf) ¹⁴	3.842	24	4.880	25	7.465	22	3.623	-2%
Sul (Ib, Gz, MP) ¹⁵	2.878	18	3.414	18	6.266	18	3.388	0%
Maputo C. (HCM) ¹⁶	2.964	18	3.570	18	5.921	17	2.957	-1%
Órgãos Centrais	775	5	792	4	1.104	3	329	-2%
Total	15.907	100	19.435	100	34.496	100	18.589	0

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde de Moçambique, 2012b, p.74.

As assimetrias na distribuição de pessoal refletem-se nos diferentes razões de habitantes por RHS (GRÁFICO 2). Isso pode dever-se, por um lado, à falta absoluta de RHS no país e por outro, às dificuldades de retenção do pessoal da saúde em determinadas regiões geográficas (WHO, 2010).

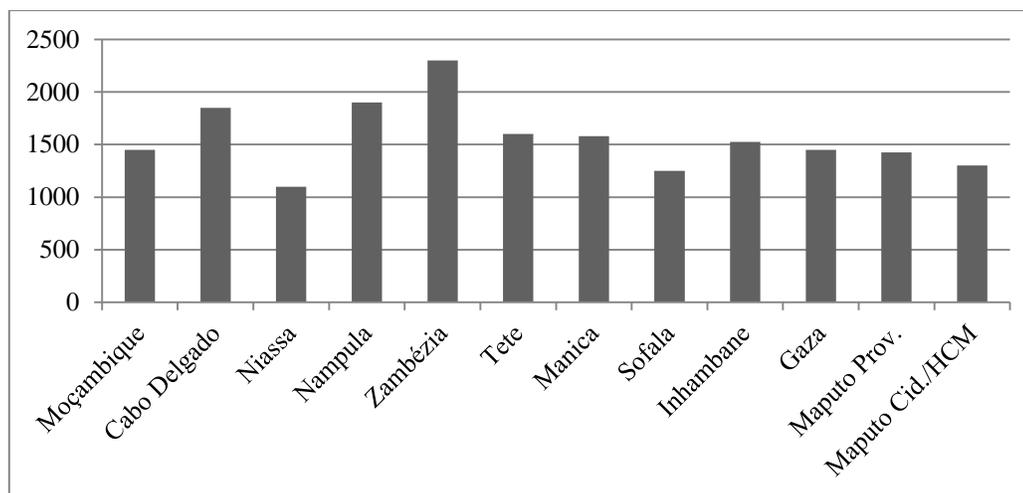
¹³ CD- Cabo delegado, Ns- Niassa, Nm- Nampula e Zb- Zambezia

¹⁴ Tt- Tete, Mn-Manica e Sf-Sofala

¹⁵ Ib-Inhambane, Gz-Gaza e MP- Maputo Província

¹⁶ Maputo Cidade, HCM- Hospital Central de Maputo

Gráfico 2. Número de habitantes por RHS específicos da saúde (2007)



Fonte: Ministério da Saúde de Moçambique, 2007?, p.8.

Visando a melhoria das condições de trabalho em saúde, o MISAU introduziu melhorias no vencimento dos profissionais de saúde através de subsídios fora do salário-base. Dentre eles, o subsídio de risco, de turno, subsídio de localização (para colocação nas áreas mais desfavorecidas), bolsas de estudo e participação em atividades de formação contínua, construção de habitações para o pessoal (casa de função), e o kit básico de subsistência, inclui o kit de instalação e de manutenção, que é um importante incentivo que acompanha a colocação de funcionários em áreas rurais (MISAU, 2012a).

A formação contínua permanente no local de trabalho tem sido prioritária para o desenvolvimento profissional de todo o pessoal de saúde, especialmente ainda pelo fato da formação inicial ainda apresentar fraquezas, bem como devido ao constante fluxo das funções que os TS exercem na prática. As atividades de formação contínua são fragmentadas e dispersas, influenciadas pela multiplicidade de programas verticais e iniciativas dos parceiros. Apesar dos esforços de desenvolvimento das normas de procedimentos de formação contínua, os conteúdos dos cursos ainda não estão alinhados com as atividades e recursos das unidades de saúde nem com o perfil dos participantes (MISAU, 2012a).

A rede das Instituições de Formação em saúde melhorou substancialmente na última década. (MISAU, 2012b), com a criação de instituições de formação superior em saúde e de pós-graduação (GOVERNO DE MOÇAMBIQUE, 2006b).

Entre os principais constrangimentos ou problemas observados no âmbito da gestão dos RHS segundo alguns gestores do Serviço Nacional de Saúde (nível central e provincial) e TS, destacam-se:

- Deficientes condições de trabalho, a falta de biossegurança e salários pouco atrativos.
- Percepção da não seleção dos quadros dos locais remotos para formação.
- Falta de competências nas áreas de administração e gestão sanitária a nível periférico e modelo de recrutamento e admissão no aparelho do Estado pouco célere (MISAU, 2014a).
- Política de incentivos inadequada às diversas realidades do país e a não execução da política de incentivos vigente (MISAU, 2007?).
- Difícil perspectiva de aumento do rendimento, especialmente para aqueles que estão fora da cidade capital que têm menos oportunidades para trabalhar a tempo parcial em clínicas do setor privado (SHERR *et al*, 2012).

Tais fatores constituem impulso importante para decisão dos profissionais da saúde e em especial médicos, em face de prováveis pressões múltiplas em permanecer dentro do setor público ou buscar oportunidades fora (SHERR *et al*, 2012).

Quadro 6. Matriz analítica de dados, Moçambique

Pergunta	Sim	Não	Não encontrado	Dados ¹⁷
Possui um sistema de informação sobre a força de trabalho em saúde?	X			Situação atual no âmbito do sistema de informação de pessoal e perspectivas futuras.
Possui um observatório de RHS?	X			Situação atual, apresentação, objetivos, compreensão do funcionamento: dados e informações disponíveis.
Os serviços são ofertados pelo público e privado?	X			Antecedentes, contexto e situação atual no âmbito das políticas e garantias público e privado.
Desenvolve ações ou programas de parceria público-privada no âmbito trabalho e emprego em saúde?			X	
Existem políticas de proteção e promoção da saúde dos profissionais da saúde?			X	
Existem normas de vacinação de trabalhadores no setor?			X	Imunizações realizadas.
Existe regime especial de saúde ocupacional ou de acidentes de trabalho e doenças de trabalhadores da saúde?			X	Principais ações realizadas no âmbito da promoção à saúde ocupacional.
Existem políticas ou planos de desenvolvimento dos recursos humanos em saúde?	X			Situação atual e perspectivas futuras no âmbito do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (2008-2015).
Existem ações em curso ou estratégias definidas com vista a promover a distribuição equitativa e retenção dos profissionais da saúde?	X			Metas e estratégias: Plano Estratégico do Setor Saúde; Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2012-2016).

Fonte: Autoria própria.

¹⁷ Os dados foram extraídos de diferentes fontes

5.4 BRASIL

5.4.1 Características Demográficas, Contexto e Indicadores Gerais

O Brasil está situado na América do Sul. Banhado a leste pelo Oceano Atlântico. Ao norte, a oeste e ao sul limita-se com todos os países do continente sul-americano, excetuando-se o Chile e o Equador (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2014). Com uma superfície de 8.514.877 km². Tem uma população de 202.656.788 habitantes (CIA, 2014), espalhados pelos 26 Estados do país e um Distrito federal: Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe, Tocantins e Distrito Federal, onde se situa a capital do país, Brasília (FIGURA 9). Tornou-se independente em Setembro de 1822.

Figura 9. Mapa do Brasil



Fonte: Adaptado de Pompei, 2007?

O Brasil possui uma notável diversidade cultural, cuja principal marca cultural é a mistura, justificada pela presença de diferentes povos e culturas, desde o começo de sua história. Entre eles: os povos Africanos, tribos indígenas e europeus. Com toda essa miscigenação de povos e culturas, não é de se estranhar que o Brasil tenha na sua língua, costumes, religião e

manifestações culturais, traços únicos que podem se assemelhar a outras culturas do mundo, mas que sempre tem seus detalhes particulares. O Português é a língua oficial e mais falada. O português brasileiro traz a essência de Portugal, mas incorporou termos da fala das tribos indígenas e dos povos africanos (Faculdade de Administração, Economia e Contabilidade da USP – FEAUSP, 2008). O país é dotado de uma vasta riqueza de recursos naturais, dentre eles: bauxita, ouro, minério de ferro, manganês, níquel, fosfatos, platina, estanho, elementos raros da terra, urânio, petróleo, hidráulica e madeira. Sua economia é caracterizada por setores desenvolvidos, dentre eles, o agrícola, a mineração, manufatura e serviços (CIA, 2014).

O país atualmente está classificado no grupo de renda média-alta entre os países em desenvolvimento da América Latina e Caribe, com um PIB de cerca de 2.246.000.000.000 dólares, um crescimento do PIB de 2,5% e 6,2% de inflação em 2013 (THE WORLD BANK, 2014). Rendimento Nacional Bruto (RNB *per capita*) de 14.275 (2011 PPC¹⁸ dólar) em 2013 (PNUD, 2014).

Brasil é um país onde a idade média da população é de 30,7 anos e a taxa de migração da população é de -0,15 migrantes/1000 habitantes (CIA, 2014). Em 2012 85% da população residia na área urbana (GHO; WHO, 2013). A taxa estimada de alfabetização de adultos (a partir de 15 anos) era de 90,3%, até 2010 (PNUD, 2013) e o IDH de 0,744 (considerado elevado), segundo os dados do PNUD (2014).

A taxa de natalidade atual é de 14,72 nascimentos/1000 habitantes e a expectativa de vida ao nascer para homens e mulheres é de 69,73 e 77 anos, respectivamente. A taxa de mortalidade atual é de 6,54 mortes/1000 habitantes. Os gastos em saúde em 2011 eram de 8,9% do PIB e a densidade de médicos era 1,76 médicos/1000 habitantes em 2008 (CIA, 2014).

O país é membro dos países BRICS (Os cinco grandes: Brasil, Rússia, Índia, China e South África), da Comunidade dos Estados Latinoamericanos e Caribenhos (CELAC), *International Monetary Fund* (IMF), Mercado Comum do Sul (Mercosur), União das Nações Sul-americanas (UNASUR), *United Nations Conference on Trade and Development* (UNCTAD), *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), WHO (CIA, 2014), da ONU, OIT, da CPLP, da União Latina e União de Nações Sul-Americanas.

¹⁸ Paridade do poder de compra mede quanto uma moeda pode comprar em termos internacionais (em dólar).

5.4.2 Sistema de Saúde, Situação Atual do Trabalho e dos Trabalhadores do Setor Saúde no Brasil

Breve Apresentação

O Brasil é um país grande e complexo, que vem passando por diversas transformações econômicas, sociais e ambientais. Como uma das dez maiores economias globais, o Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer até atingir os níveis de saúde vigentes nas nações mais prósperas do mundo. Entretanto, evidencia-se um progresso considerável em relação aos aspectos das condições de saúde da população e do sistema de saúde, destacam-se melhorias em relação à participação social, combinação público-privado, RDS, desenvolvimento de capacidades para pesquisa de saúde, regulação e medicação, e de forma similar, progressos têm sido feitos em relação aos ODM (VICTORA *et al.*, 2011).

O sistema de saúde público brasileiro, SUS, é gerenciado e fornecido por todos os níveis do governo, sendo o maior sistema do tipo no mundo. Como lembram, Victora *et al.* (2011), o Brasil tem experiência substantiva para compartilhar com outros países, sobretudo no âmbito da saúde.

No Brasil, as relações entre o sistema público e o setor privado de saúde são muitas e remontam ao período anterior à criação do SUS. O sistema funciona em uma relação entre a *vertente estatal* (hospitais, redes de atenção básica, programas de saúde familiar) e a *vertente privada, contratada ou conveniada* (hospitais particulares, clínicas, laboratórios, consultórios, e serviços prestados por planos e seguros de saúde, a chamada *saúde suplementar*) (NAHAS, 2009).

A gestão do trabalho em saúde, de acordo com Ministério de Saúde do Brasil, trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do SUS. Dessa forma, assume-se que o trabalhador é o sujeito transformador de seu ambiente e não apenas um mero RH realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local (MS, 2004). Várias ações e programas estão em curso visando à valorização do TS e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de

condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outras (MS, 2013).

Tais ações visam reverter o trabalho precário em saúde, porque esse tipo de trabalho é um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde, pois compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados. Como decorrência foi criado o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS), com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo (MS, 2013).

Em 2003 foi criada a Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), no nível do Ministério de Saúde do Brasil e de seus dois departamentos: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). O objetivo da nova secretaria é democratizar as relações de trabalho, tanto no setor público como no privado e garantir o pleno exercício dos direitos de cidadania (MS, 2013).

Em 2006, o Ministério da Saúde do Brasil elaborou o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no (ProgeSUS), para fazer face às propostas de intervenção em ações que objetivam sensibilizar e conscientizar os gestores sobre a necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de recursos humanos. Além disso, apoiou-se no desenvolvimento de um Sistema Nacional de Informações (SNI) para permitir a comunicação entre o Ministério da Saúde, os estados e os municípios (*idem*).

A Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador, instituída no âmbito do SUS, visa promover a melhoria das condições de saúde do trabalhador, por meio do empoderamento dos trabalhadores, mediante a garantia ao acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde. Visa ainda, assegurar o cumprimento dos requisitos da legislação em vigor no país e das cláusulas de saúde estabelecidas em instrumentos coletivos, além de fortalecer o desenvolvimento de programas de proteção à saúde dos trabalhadores de iniciativas próprias (MS, 2011).

Dentre os princípios desta política estão:

- *Negociação do trabalho em saúde*, que pressupõe estabelecer processo de negociação permanente dos interesses e conflitos inerentes às relações de trabalho;
- *Valorização dos trabalhadores*, que pressupõe reconhecer o papel fundamental do trabalhador do SUS na atenção integral à saúde da população garantindo políticas e ações que permitam o fortalecimento do coletivo de trabalhadores, o crescimento pessoal e profissional do trabalhador;
- *Educação permanente*, que pressupõe a aprendizagem a partir da problematização do processo de trabalho, pautando-se pelas necessidades de saúde da população, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho (MS, 2011).

A Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS apresenta, entre outras, as seguintes diretrizes, que devem ser observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas aos TS:

- Promover políticas interssetoriais para a melhoria da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e dos riscos relacionados à saúde do trabalhador do SUS;
- Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando a Agenda Nacional do Trabalho Decente, a desprecarização de vínculos trabalhistas, a humanização do trabalho em saúde e a democratização das relações de trabalho;
- Incentivar a instalação e a divulgação de informações de espaços de negociação permanentes entre gestores e trabalhadores do SUS;
- Promover a adoção de planos de carreiras, cargos e salários, nos órgãos e instituições que compõem o SUS, a fim de garantir um instrumento que otimize a gestão, a capacidade técnica, o desenvolvimento e a valorização dos trabalhadores, conforme preconizam as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS;

- Promover processos de educação permanente nos estabelecimentos de saúde a fim de qualificar e transformar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, o desenvolvimento pessoal e institucional dos trabalhadores e gestores do SUS, pautando-os no desenvolvimento do trabalho em equipe e na interdisciplinaridade;
- Fomentar a inclusão das temáticas e questões pertinentes à saúde do trabalhador na grade curricular dos cursos de formação e capacitações de recursos humanos no SUS, incentivando a permanente atualização de conhecimentos;
- Fomentar estudos e pesquisas sobre promoção da saúde do trabalhador do SUS de acordo com as necessidades loco-regionais do SUS, possibilitando: a) desenvolver ferramentas de dimensionamento e alocação da força de trabalho, considerando as necessidades quantitativas de profissionais requeridos para a assistência, vigilância e para as áreas com dificuldade de provimento de profissionais, de modo a permitir uma melhor organização do processo de trabalho, b) subsidiar as ações de vigilância em saúde do trabalhador, c) desenvolver ferramentas de prevenção e proteção à saúde nos locais de trabalho, d) favorecer as ações de mapeamento de riscos e propor mudanças nas condições técnicas ou organizacionais que ofereçam riscos à saúde dos trabalhadores;
- Desenvolver ações de promoção da saúde do trabalhador do SUS nos espaços de convivência e de produção de saúde, favorecendo ambientes de trabalho seguros e saudáveis em suas múltiplas dimensões, livres de assédios e de violências;
- Integrar ações de promoção, assistência e vigilância em saúde na atenção integral à saúde do trabalhador do SUS: a) garantir a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador pela rede de serviços públicos e privados, de acordo com a legislação vigor, b) desenvolver sistema de informação para acompanhamento da saúde do trabalhador do SUS e integrar sistemas de informação existentes, c) criar, implementar e sistematizar indicadores que possibilitem o reconhecimento da relação saúde e trabalho no âmbito do SUS, d) utilizar informações epidemiológicas relacionadas às doenças e acidentes de trabalho para subsidiar o planejamento e as ações da atenção à saúde do trabalhador do SUS, em conjunto com o controle social e entidades sindicais;

- Ampliar o uso de mecanismos de registros e caracterização de doenças e acidentes relacionados ao trabalho para a população trabalhadora do SUS;
- Fortalecer a vigilância de ambientes e processos de trabalho no SUS relacionados a riscos, agravos e doenças, incorporando os trabalhadores do SUS em todas as etapas;
- Considerar, no âmbito do SUS, as normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, como medidas de proteção à saúde e segurança no trabalho (MS, 2011).

Tais diretrizes apontam para a importância do desenvolvimento de ações que possam ampliar o poder de agir dos trabalhadores e para o enfrentamento dos aspectos gerais e específicos dos ambientes e da organização do trabalho que propiciam a ocorrência de agravos à saúde (BARROS *et al.*, 2012).

O “Programa Mais Médicos”, desenvolvido no país, faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento do SUS. Prevê levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais, pra além da expansão do número de vagas de medicina e de residência médica e do aprimoramento da formação médica no Brasil. As vagas serão oferecidas prioritariamente a médicos brasileiros, interessados em atuar nas regiões onde faltam profissionais. No caso do não preenchimento de todas as vagas, são aceitas candidaturas de estrangeiros, com a intenção de resolver esse problema, que também é emergencial no Brasil (MS, 2015).

As bases de dados brasileiras identificadas como detentoras de potencial de uso na área de RHS são grandes e complexas, com tendência crescente de ampliação (OLIVEIRA; GARCIA, 2006). Nas últimas décadas, importantes sistemas nacionais de informação foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, com notáveis avanços na disseminação eletrônica de dados. A disponibilidade desses dados tem motivado sua crescente utilização nas instituições de ensino de saúde pública (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE – RIPSA, 2014).

No Brasil, o exercício de qualquer das profissões de saúde exige registro do trabalhador no respectivo conselho profissional, o que faz com que, esses órgãos detenham importantes informações sobre a força de trabalho em saúde. Todos os conselhos possuem *site* na internet, incluindo um grande número das representações estaduais e algumas seccionais (OLIVEIRA;

GARCIA, 2006). O Cadastro dos Conselhos de Profissionais de Saúde (CONPROF) é um instrumento para a divulgação de informações referentes aos conselhos profissionais da área da saúde. Por meio dele, trabalhadores, gestores e demais interessados podem ter acesso aos dados dos conselhos profissionais do país. Através dele é possível realizar várias consultas, entre elas os quantitativos de profissionais que entram no mercado de trabalho todos os anos e os códigos de ética das profissões e o estatuto de cada conselho (MACHADO, 2009).

Quanto aos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, no Brasil, estes são constituídos por instituições de ensino, pesquisa e serviços, que juntos formam a Rede ObservaRH. Cujo propósito geral é produzir estudos e pesquisas, propiciando um amplo acesso às informações e análises sobre a área de RHS para auxiliar a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e programas setoriais do setor (ObservaRH, 2013).

O documento “Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde” apresenta a situação e os aspectos inerentes à saúde dos TS, decorrendo sobre cinco tópicos fundamentais: a vigilância em saúde do trabalhador; os conceitos articulados na discussão do processo de trabalho em saúde; a saúde dos trabalhadores da saúde; a natureza e condições atuais do trabalho em saúde e por último, apresenta uma proposta de matriz de vigilância em saúde do trabalhador (MACHADO; ASSUNÇÃO, 2012). Busca, basicamente, contribuir para a formulação de um modelo de vigilância em saúde do trabalhador da saúde, que venha a subsidiar esses trabalhadores, suas organizações e os demais envolvidos com a atenção na saúde do trabalhador na implementação de processos de intervenção para transformação das condições de trabalho em saúde, considerando os riscos e situações críticas do setor, tanto na esfera pública quanto privada (NETTO, 2012).

O Brasil formulou políticas no sentido de promover mudanças na formação e distribuição dos profissionais de saúde. Entre essas políticas destaca-se o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), com adaptações locais, tem sido implementado com relativo sucesso. Concebido para atender às populações de municípios desprovidos ou com precários serviços de atenção à saúde (OLIVEIRA, 2005).

A atual Política do Governo valoriza a importância de uma gestão competente de recursos humanos, em todas as suas dimensões. Na área da saúde, essa valorização foi marcada pela

criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), supracitada. A quem compete:

- Promover a ordenação da formação de RHS, elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área de saúde e acompanhar sua execução;
- Promover o desenvolvimento da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde;
- Planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área de saúde, bem como a organização da gestão da educação e do trabalho em saúde, a formulação de critérios para as negociações e o estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS e o ordenamento de responsabilidades entre as três esferas de governo;
- Promover a articulação com os órgãos educacionais, as entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional e os movimentos sociais, e com entidades representativas de educação dos profissionais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor de saúde;
- Promover a integração dos setores de saúde e educação no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área;
- Planejar e coordenar ações destinadas à promoção da participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços e na regulação das profissões de saúde;
- Planejar e coordenar ações, visando à promoção da educação em saúde, ao fortalecimento das iniciativas próprias do movimento popular no campo da educação em saúde e da gestão das políticas públicas de saúde, bem como à promoção de informações e conhecimentos relativos ao direito à saúde e ao acesso às ações e aos serviços de saúde; e
- Fomentar a cooperação internacional, inclusive mediante a instituição e a coordenação de fóruns de discussão, visando à solução dos problemas relacionados à formação, ao desenvolvimento profissional, à gestão e à regulação do trabalho em saúde, especialmente as questões que envolvam os países vizinhos do continente americano, os países de língua portuguesa e os países do hemisfério sul (MS, 2014).

6. SÍNTESE DOS RESULTADOS

A Tabela a seguir (TABELA 10) apresenta uma síntese dos perfis de cada país, no tocante ao seu contexto geral. São apresentados os principais indicadores econômicos, sociais e de saúde.

Tabela 10. Síntese: Perfil de Angola, Cabo Verde, Moçambique e Brasil

País	Angola	Cabo Verde	Moçambique	Brasil
GERAL				
Superfície	1.246.700 km ²	4.033 km ²	802.000 km ²	8.514.877 km ²
Províncias/estados	18	10	11	26
Capital	Luanda	Praia	Maputo	Brasília
População	21.470.000	538.535	25.830.000	202.656.788
Ano de Independência	1975	1975	1975	1822
ECONÔMICOS				
Renda	Média alta	Média baixa	Baixa	Média alta
PIB	121.700.000.000	1.888.000.000	15.320.000.000	2.246.000.000.000
Crescimento PIB	4,1%	0,5%	7,1%	2,5%
RNB	6.323	6.365	1.011	14.275
SOCIAIS				
Idade média	17,9 anos	24 anos	16,9 anos	30,7anos
% População urbana	60%	62, 6%	31%	85%
Alfabetização adulta	70%	84,8%	55,1%	90,3%
Taxa de migração da população	0,47/1000hab.	-0,64/1000hab.	-2,02/1000hab.	-0,15/1000hab.
SAÚDE				
Esperança vida	54,16H e 56,47M	69,32H e 73,89M	51,85H e 53,37M	69,73H e 77M
Taxa de Natalidade	38,97/1000hab.	20,72/1000hab.	38,83/1000hab.	14,72/1000hab.
Mortalidade adultos/1000	11,67	6,17	12,34	6,54
Médicos/1000	0,17	0,3	0,03	1,76
Despesa saúde (PIB)	3,5%	4,8%	6,6%	8,9%

Fonte: Autoria própria.

Os três países em estudo apresentam consideráveis diferenças e similitudes quanto ao perfil socioeconômico e de saúde, no geral (TABELA 10). Quanto à gestão do trabalho e emprego, compartilham problemas e desafios semelhantes. Com base na informação contida na matriz analítica de dados de cada país, é possível sintetizar os resultados encontrados no estudo da seguinte forma:

No âmbito do Sistema de Informação Sobre a Força de Trabalho

Somente em Moçambique foi encontrado um sistema de informação sobre recursos humanos, apesar de estar em fase de construção um sistema de informação integrado de recursos humanos para a saúde, denominado eSIP-Saúde. Tal sistema carece de atualização, sendo que os dados nem sempre são abrangentes. Moçambique é o único país, entre os três, que conta com um

Observatório de Recursos Humanos para a Saúde de abrangência nacional. Em Cabo Verde e Angola não se constatou a existência de sistemas de informação sobre os recursos humanos em saúde. Em Angola estão instalados observatórios dos recursos humanos em apenas duas províncias, sem alcance nacional.

No âmbito da Relação Público/Privado

Para Angola, Cabo Verde e Moçambique observaram-se:

- Os serviços de saúde são ofertados tanto pelo setor público, quanto pelo privado;
- O setor público é o principal provedor de saúde e maior empregador da força de trabalho em saúde;
- A maior parte dos TS desenvolve suas atividades em regime de acúmulo de funções (em ambos os setores);
- O setor privado concentra-se nos centros urbanos.

Para os três países faltam dados detalhados sobre os RHS em atuação no setor privado, bem como as diferentes formas de parcerias desenvolvidas entre público e privado. Não foi possível conhecer e comparar a distribuição dos empregos de acordo com o vínculo.

Foram constatadas indícios de preocupação dos governos em desenvolver os sistemas de saúde, com base em parcerias público-privadas, especialmente em Angola e Cabo Verde.

No Brasil ações e programas específicos tem sido implementados visando democratizar as relações de trabalho no setor público e privado, bem como buscar soluções para reverter a precarização dos vínculos de trabalho em saúde. Cita-se o funcionamento de uma secretaria do Ministério da Saúde, específica nesse campo: Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS).

No âmbito da Proteção à Saúde Ocupacional

No geral, há pouca informação sobre a saúde ocupacional, com desvantagem para Cabo Verde. Para Angola foram encontrados dissertações e alguns artigos publicados. Em Moçambique, os dados referentes a esta matéria foram encontrados concentrados nas fontes do Ministério da Saúde daquele país.

Não foram encontrados para nenhum dos três países africanos, normas de vacinação de TS, políticas ou regime especial de saúde ocupacional. Dados sobre imunizações somente foram encontrados para Moçambique, ainda assim, a informação é pouco abrangente ao se referir apenas duas unidades sanitárias da capital do país. Semelhantemente nos três países verifica-se a falta de proteção adequada dos TS, agravada pela escassez de meios de proteção e falta de equipamentos de proteção individual.

Elevada incidência de acidentes com material biológico entre profissionais da saúde foi descrita em estudos científicos em Angola, muitas vezes sem qualquer conduta administrativa e profilaxia pós-exposição. Em Moçambique, resultados de inquéritos indicam acidentes de trabalho por exposição a fluídos contaminados. Porém, o presente estudo não teve acesso a tais inquéritos nem a outros estudos aprofundados sobre o assunto.

No Brasil, a gestão, as condições de trabalho e saúde ocupacional são objeto da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador. Há inúmeros estudos publicados no assunto. Recentemente, o Ministério da Saúde do Brasil divulgou o Panorama da Saúde do Trabalhador do SUS que esboça a realidade nacional e indica a necessária estrutura de um programa de vigilância ocupacional nos estabelecimentos de saúde.

No âmbito da Força de Trabalho em Saúde

Em Cabo Verde e Moçambique foram adotados planos de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, respectivamente, Plano Estratégico de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde 2005-2014; (Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde 2008-2015). Angola ainda está em fase de preparação, sendo que a proposta já foi apresentada.

A escassez da força de trabalho em saúde é desafio para os três países. A inadequada distribuição de profissionais e reduzido número de escolas de saúde são agravantes do problema. Existe uma tendência, tanto em Angola, quanto em Cabo Verde, de os estudantes permanecerem nos países

onde recebem a sua formação. Todavia, em Moçambique parece que a situação é inversa. Há uma tendência maior na migração do setor público para o privado.

Dentre as ações e estratégias identificadas que visam à retenção e à distribuição equitativa dos profissionais da saúde, pode se citar:

- Promoção do trabalho em saúde por meio do subsídio no salário (Cabo Verde).
- Aumento da oferta de profissões por meio de cursos pós-laborais¹⁹ e viabilização de bolsas de estudos (Moçambique);
- Subsídios para profissionais alocados nas áreas rurais ou em áreas periféricas (Cabo Verde e Moçambique);
- Permanência obrigatória de pelo menos dois anos no emprego rural e inserção de pessoal recém-graduado nas áreas desfavorecidas de Moçambique;

No Brasil, algumas políticas e programas promovem o desenvolvimento, a distribuição e a retenção dos profissionais da saúde. Destaca-se, especialmente, o “Programa Mais Médicos”.

¹⁹ Cursos desenvolvidos após o horário normal de expediente (período noturno)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou comparar as capacidades institucionais em três países do continente africano (Angola, Cabo Verde e Moçambique) no âmbito da gestão do trabalho e emprego em saúde e usar a experiência do Brasil. Tomaram-se em conta as ações e políticas desenvolvidas no setor para indicar boas práticas.

Embora de forma breve e não exaustiva, o estudo da experiência brasileira buscou indicar subsídios para discussões futuras. A experiência do Brasil no âmbito da gestão do trabalho e emprego em saúde, o sucesso do SUS e a sua participação de destaque em projetos e instituições internacionais como a OMS e a OPAS, mereceram indicação de referência. Para superar os desafios, é fundamental intercâmbios de experiências por meio de parcerias, cooperação técnica entre os ministérios de saúde e outras instituições de saúde do Brasil e dos três países foco.

A temática foi raramente estudada e problematizada nos países africanos. Sendo assim, os resultados apresentados são contribuições para fortalecer futuros projetos.

Os resultados deste estudo indicam uma realidade similar em Angola, Cabo Verde e Moçambique, e a pujança do Brasil no tema. São ainda deficientes as capacidades institucionais na gestão do trabalho em saúde, principalmente pela ausência de políticas específicas de proteção à saúde do trabalhador. Está confirmada a necessidade de fortalecer o tema em encontros, congressos e fóruns, que tratem dos sistemas de saúde nos PALOP. Cumpre lembrar a relação dos problemas identificados com a retenção da força de trabalho.

Embora, mundialmente, o risco ocupacional tem sido reduzido com a adoção de medidas de biossegurança e de vacinação, a situação observada na África subsaariana não é animadora. Importa que sejam desenvolvidos serviços de saúde ocupacional, formação de recursos humanos e criação de sistemas de vigilância ocupacional.

Foram observadas, nos três países africanos, práticas encorajadoras além de iniciativas na gestão do trabalho em saúde. Contudo, a maior parte dos dados foi colhida de fontes externas ao país alvo (rever TABELA 1). Necessário seria estimular os países a divulgar as suas práticas e fomentar os sistemas de informação com qualidade da informação no tocante à consistência de dados, padronização de variáveis, alinhamento entre dados reais e notificações, entre outros.

Sabe-se que as evidências são importantes para a definição de políticas e tomada de decisão. A informação é relevante no fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, com vistas a acelerar o progresso no sentido da consecução dos ODM e da melhoria dos resultados de saúde na Região Africana. Os sistemas de informação sobre a força de trabalho são fundamentais para a política de recursos humanos, baseada em evidências e no processo de gestão do trabalho e emprego em saúde.

No âmbito da relação público/privada no setor saúde, constatou-se que a regulamentação e o controle tem sido fator crítico de sucesso e a deficiente fiscalização tem sido relacionada à falta de dados sobre número de prestadores, recursos, funcionamento e condições deste setor.

A situação atual e as capacidades institucionais dos três PALOP, as metas nacionais e internacionais propostas e que se espera alcançar, no âmbito das condições do trabalho e emprego em saúde, se constituem como desafios de elevado potencial para esses países. Espera-se, com os resultados deste estudo, também subsidiar no desenvolvimento de políticas necessárias para o setor, através do fortalecimento e da promoção do debate e reflexão sobre o atual ponto de situação.

A autora não se deslocou para buscar in loco as fontes necessárias. Tal limite agrava os efeitos da debilidade de sistemas de informações, com raros relatórios e síntese oficial da situação nacional. Dessa feita, assume-se existirem distorções e erros de interpretação, inibindo conclusões fidedignas.

O estudo atingiu o objetivo no tocante a fornecer um quadro, ainda que geral e não aprofundado das situações nacionais. Porém, mais estudos, com metodologias diferenciadas, são necessários para se obter o panorama da gestão do trabalho e emprego nos PALOP.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMDE, W.; SANDERS, D.; LEHMANN, U. Building capacity to develop an African teaching platform on health workforce development: a collaborative initiative of universities from four sub Saharan countries. *Human Resources for Health*. South Africa, v.12, n.31, May, 2014.

ASSUNÇÃO, A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho = contributions for a debate on the health. *Ciência &Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.8, n.4, p. 1005-1018, 2003.

ASSUNÇÃO, A. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In: GOMES, C.; MACHADO, J.; PENA, P. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 453-478, 2011.

ASSUNÇÃO, A.; TAVARES, I.; SERRA, P. Natureza e condições atuais do trabalho em saúde: o que diz a literatura sobre o adoecimento dos trabalhadores? In: MACHADO, J.; ASSUNÇÃO, A. *Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: UFMG, 2012a. Cap. 4, p.106-145.

ASSUNÇÃO, A. *et al.* Vacinação contra hepatite B e exposição ocupacional no setor saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais = Hepatitis B vaccination and occupation exposure in the healthcare sector in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.46, n.4, p.665-673, Agosto, 2012b.

BANGDIWALA, S. *et al.* Workforce resources for health in developing countries. *Public Health Reviews*. v.32, n.1, p. 296-318, 2010.

BARROS, J. História comparada - um novo modo de ver e fazer história. *Revista de história comparada*. v.1, n.1, junho, 2007.

BARRO, M.; FILHO, S.; GOMES, R. Alguns conceitos articulados na discussão do processo de trabalho em saúde. In: MACHADO, J.; ASSUNÇÃO, A. *Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: UFMG, 2012. Cap. 2, p.28-62.

BEMBE, M. Análise do processo de paz no enclave de Cabinda. *Cadernos de Estudos Africanos*. n.20, p. 27-54, 2010.

VICTORA, C. *et al.* Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet Brazil Series*, Brasil, n.6, p. 90-102, Maio, 2011.

CRUZ, M. da; SARSUR, A.; AMORIM, W. Gestão de Competências nas Relações de Trabalho: o que Pensam os Sindicalistas? = Competence-based Management in Labor Relations: What Do the Unionists Think? *Revista de Administração Contemporânea*. Rio de Janeiro, v.16, n.5, p. 705-722, September/October, 2012.

OLIVEIRA, M. de. Assistência Médica na Rede Pública de Cabinda/República de Angola: como melhorar a qualidade a partir da gestão de quadros médicos. 2005. 127f. Dissertação (mestrado em Gestão e Planejamento de Unidades e Sistemas de Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, M. de; ARTMANN, E. Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola = Regionalization of health services: challenges for the Angolan case. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.25 n.4, p.751-760, Abril, 2009b.

OLIVEIRA, M. de; ARTMANN, E. Características da força de trabalho médica na Província de Cabinda, Angola = Characteristics of the medical workforce in the Province of Cabinda, Angola. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.25 n.3, p.540-550, Março, 2009a.

OLIVEIRA, S. de; GARCIA, A. Variáveis e indicadores para análise de recursos humanos em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2006. 107p.

DIAS, O. Uma análise compreensiva da reforma do sistema de saúde de cabo verde: identificando as perspectivas de futuro na opinião dos principais atores. 2010. 197f. Dissertação (mestrado acadêmico em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife.

FERRINHO, P. *et al.* Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Human Resource for Health*. Lisbon, Portugal, v. 2, n.14, October, 2004.

FERRINHO, P. *et al.* Task-shifting: experiences and opinions of health workers in Mozambique and Zambia. *Human Resource for Health*. Lisbon, v. 10, n.34, September, 2012.

FERRINHO, P.; OMAR, C. Recursos humanos da saúde em Moçambique: ponto da situação. O Banco Mundial: Sector de Desenvolvimento Humano da Região de África. In: Série de ensaios de trabalho. Lisboa, n.91, Outubro, 2005.

GARCIA, L.; FACCHINI, L. Vacinação contra a hepatite B entre trabalhadores da atenção básica à saúde = Hepatitis B vaccination among primary health care workers. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.24, n.5, p.1130-1140, Maio, 2008.

GUPTA, N.; POZ, M. Assessment of human resources for health using cross-national comparison of facility surveys in six countries. *Human Resources for Health*. Geneva, v.7, n.22, March, 2009.

HENNINGTON, E. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia = Management of work processes and humanization in health care: an ergological perspective. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.42, n.3, p. 555-561, Junho, 2008.

HORTALE, V.; CONILL, E.; PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 78-79, Janeiro/Março, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; INQUÉRITO SOBRE CAUSAS DE MORTALIDADE (INE; INCAM). Mortalidade em Moçambique: inquérito nacional sobre causas de mortalidade, 2007/8 - relatório preliminar. Maputo, Moçambique, 2009.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION (ILO; WHO). Joint ILO/WHO guidelines on health services and HIV/AIDS. Genebra, International Labour Office. 2005. 95p.

JONGE, J.; MULDER, M.; NIJHUIS, F. The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model: effects on health care professionals. *Social Science and Medicine*, p.1149-1160, March, 1999.

MACHADO, J.; ASSUNÇÃO, A. Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2012. 164p.

MANDRIZ, L. Formando enfermeiros em Angola: análise e reforma. 2011. 120f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

MARCHI-ALVES, L. *et al.* Challenges for nursing education in Angola: the perception of nurse leaders affiliated with professional education institutions. *Human Resources for Health*. v.11, n.33, July, 2013.

MENICUCCI, T. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N.; AMARANTE, P. (org.). Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Cap. 10, p.180-197.

MILLS, M.; BUNT, G.; BRUIJN, J. Comparative research persistent problems and promising solutions. *International Sociology*. v.21, n. 5 p.619-631, September, 2006.

MUSSA, A. *et al.* Vertical funding, non-governmental organizations, and health system strengthening: perspectives of public sector health workers in Mozambique. *Human Resources for Health*. v.11, n.26, June, 2013.

MOOSA, S. *et al.* African leaders' views on critical human resource issues for the implementation of family medicine in Africa. *Human Resources for Health*. v.12, n.2, January, 2014.

NETTO, G. Apresentação. In: MACHADO, J.; ASSUNÇÃO, A. Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2012. p.4-5.

NHAMBA, L. Acidentes ocupacionais com material biológico entre profissionais de enfermagem em um hospital de Angola. 2004. 117p. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Alcançar um desenvolvimento sanitário sustentável na região africana: orientações estratégicas para a OMS 2010-2015, Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório documento AFR/RC62/7. In: comitê regional africano, sexagésima segunda sessão, 2012a, Luanda. Roteiro para reforçar os recursos humanos para a saúde, com vista a melhorar a prestação de serviços de saúde na região africana 2012-2025. 24p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); Curso virtual: gestão das condições do trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. 2010, Brasília. 32p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE (OPAS; MS), Chamado à ação do Toronto, 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas. Brasília, 2006. 14p.

PONTES, A.; BORNSTEIN, V.; GIUGLIANI, C. O agente comunitário de saúde em angola: desafios para sua atuação e para a formação profissional em saúde = the community health worker in angola: challenges to primary health care and to health professional education. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.521-533, Novembro, 2011.

SÁ-SILVA, J.; ALMEIDA, C.; GUINDANI, J. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de Historia e Ciências Sociais*. São Leopoldo, ano 1, n.1, Julho, 2009.

SHERR, K. *et al.* Brain Drain and Health Workforce Distortions in Mozambique. *PLoS ONE*. v.7, n.4, April, 2012.

SMITH, D.; LEGGAT, P.; ARAKI, S. Emerging occupational hazards among health care workers in the new millennium. *Industrial Health*. v.45, n.5, p.595-597, October, 2007.

STEINMETZ, S.; DE VRIES, D.; TIJDENS, K. Should I stay or should I go? The impact of working time and wages on retention in the health workforce. *Human Resources for Health*. Amsterdam, v.12, v.23, April, 2014.

TONG, A.; SAINSBURG, P.; CRAIG, J. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus group. *International Journal for Quality in Health Care*. Australia, v.19, n.6, p. 349-357, September, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA (UFMG; NESCON). Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007. In: ASSUNÇÃO, A.; MOTTA, A. (Org.). Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde: cadernos de textos. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2013. Módulo 1, p.9-33.

VALENTE, F. Estudos epidemiológicos e caracterização molecular do vírus da hepatite B em usuários e profissionais de saúde do Hospital Divina Providência em Angola. 2008, 82f. Dissertação (mestrado em Biologia Parasitária) – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

VIO, F. Management of expatriate medical assistance in Mozambique. *Human Resources for Health*. Maputo, Mozambique, v.4, n.26, December 2006.

WAKABA *et al.* The public sector nursing workforce in Kenya: a county-level analysis. *Human Resources for Health*. v.12, n.6, 2014.

TEXTOS DA WEB

AFRICAN HEALTH OBSERVATORY (AHO); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); REGIONAL OFFICE FOR AFRICA (AFRO). Comprehensive analytical profile: Angola. 2014a. Disponível em: http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Angola:Index. Acessado no dia 29 de Julho de 2014.

AFRICAN HEALTH OBSERVATORY (AHO); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); REGIONAL OFFICE FOR AFRICA (AFRO). Comprehensive analytical profile: Cape Verde. 2014b. Disponível em: http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Cape_Verde:Index/pt. Acessado no dia 17 de Julho de 2014.

AFRICAN HEALTH OBSERVATORY (AHO); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); REGIONAL OFFICE FOR AFRICA (AFRO). Comprehensive analytical profile: Mozambique. 2014c. Disponível em: http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Mozambique:Index. Acessado no dia 09 de Abril de 2014.

AFRICA HEALTH WORKFORCE OBSERVATORY (AHO). First consultation on African platform on human resources for health: walking the talk 11-13 October 2010. Disponível em: <http://www.hrh-observatory.afro.who.int/en/home/101-platform-firstconsultation.html>. Acessado no dia 25 de Janeiro de 2014.

AGÊNCIA ANGOLA PRESS (ANGOP). Saúde. In: Workshop Nacional de Consenso da Política de Recursos Humanos da Saúde. Março, 2014. Disponível em: http://www.portalangop.co.ao/angola/pt_pt/noticias/saude.html. Acessado no dia 20 de Agosto de 2014.

ALBERTO, C. Workshop nacional do consenso de Política de Recursos Humanos de Saúde. 2014. Disponível em: <http://saudeangola.gv.ao/workshop-nacional-do-consenso-de-politica-de-recursos-humanos-de-saude/>. Acessado no dia 20 de Agosto de 2014.

ANGOLA. Lei n° 21-B/92 , de 28 de Agosto. Aprova a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.cidadao.gov.ao/VerLegislacao.aspx?id=466>. Acessado no dia 20 de Agosto de 2014.

ANGOLA. Decreto presidencial n° 262/10 de 24 de Novembro. Aprova a Política Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.minsa.gov.ao/VerLegislacao.aspx?id=452>. Acessado no dia 20 de Agosto de 2014.

ANGOLA. Decreto presidencial n° 34/11 de 14 de Fevereiro. Aprova o Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.minsa.gov.ao/VerLegislacao.aspx?id=464>. Acessado no dia 20 de Agosto de 2010.

ASSOCIAÇÃO EMPRESARIAL DE PORTUGAL; CÂMARA DE COMÉRCIO E INDÚSTRIA. Mercado africano. 2010. Disponível em: http://www.aeportugal.pt/BOW/NoticiaPrincipal4_8.htm. Acessado no dia 22 de Agosto de 2014.

BARRY, S. *et al.* The Ouagadougou declaration on primary health care and health systems in Africa: achieving better health for Africa in the new millennium. 2010. In: International Conference on Primary Health Care and Health Systems in Africa, 2008, Burkina Faso. Disponível em: <http://ahm.afro.who.int/issue12/pdf/AHM12Pages10to21.pdf>. Acessado no dia 14 de Janeiro de 2014.

CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY (CIA). The World factbook. 2014. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>. Acessado no dia 18 de Julho de 2014.

CHEN, L. Striking the right balance: health workforce retention in remote and rural areas. World Health Organization (Who). United States of America. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/10-078477/en/>. Acessado no dia 12 de Agosto de 2014.

CONNOR, C.; AVERBUG, D.; MIRALLES, M. Angola Health System Assessment 2010 (Portuguese). *Healthsystems20/20*. 2010. Disponível em: <http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2770/>. Acessado no dia 21 de Julho de 2014.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPq). PEC-PG. 2014. Disponível em: <http://www.cnpq.br/web/guest/pec-pg>. Acessado no dia 12 de Fevereiro de 2014.

COOPERAÇÃO PALOP & TIMOR-LESTE/EU. Projeto “apoio ao desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde nos PALOP” 9.ACP.MTR.04: Plano de Atividades Multi-Anual (PAMA). p. 13-22, 2009. Disponível em: http://cspace.eportuguese.org/tiki-list_file_gallery.php?galleryId=55&offset=0&sort_mode=description_desc. Acessado no dia 15 de Julho de 2014.

COOPERAÇÃO PALOP & TIMOR-LESTE/EU. 9.ACP.MTR.04 - Apoio ao desenvolvimento dos recursos humanos do setor da saúde dos PALOP. Disponível em: <http://cooperacao.palop-tl.eu/index.php/projectos/9-fed/9-acp-mtr-04-saude>. Acessado no dia 28 de Janeiro de 2014.

CORREIA, A. Gestão de lixos hospitalares em Cabo verde. 2012?. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentos>. Acessado no dia 19 de Novembro de 2014.

DOLEA, C.; BRAICHET, J.; SHAW, D. Health workforce retention in remote and rural areas: call for papers. World Health Organization (WHO). Geneva. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/7/09-068494/en/>. Acessado no dia 12 de Agosto de 2014.

ePORTUGUÊSe OMS. Cabo Verde: um país, uma história. 2009. Disponível em: <http://eportuguese.blogspot.com.br/search?q=cabo+verde>. Acessado no dia 01 de julho de 2014.

ePORTUGUÊSe OMS. Angola: Angola Venha explorar... 2011. Disponível em: <http://eportuguese.blogspot.com.br/search?q=Angola>. Acessado no dia 01 de Julho de 2014.

ePORTUGUÊSe OMS. A saúde em Moçambique. 2014. Disponível em: <http://eportuguese.blogspot.com.br/2014/02/a-saude-em-mocambique.html>. Acessado no dia 10 de Abril de 2014.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. ENSP realiza curso de qualidade e biossegurança laboratorial em Moçambique. 2005. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/766>. Acessado no dia 21 de Agosto de 2014.

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, ECONOMIA E CONTABILIDADE DA USP (FEAUSP). Cultura e Diversidade. 2008. Disponível em: <http://www.fea.usp.br/conteudo.php?i=357>. Acessado no dia 23 de Outubro de 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Transferência de conhecimento em biossegurança. 2007. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/node/1512>. Acessado no dia 21 de Agosto de 2014.

FURTADO, C. Governação do sistema de saúde em Cabo Verde: relatório. Organização Mundial de Saúde. 2008. 128p. Disponível em: <http://www.afro.who.int/en/cape-verde/cape-verde-publications.html>. Acessado no dia 27 de Julho de 2014.

GALP ENERGIA. Refinação e distribuição: a Galp energia distribui produtos petrolíferos em Cabo Verde através da participação na Enacol. 2014. Disponível em: <http://www.galpennergia.com/PT/agalpennergia/os-nossos-negocios/Presenca-no-Mundo/Cabo-Verde/Paginas/Home.aspx>. Acessado no dia 04 de Outubro de 2014.

GLOBAL HEALTH OBSERVATORY (GHO); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.country>. Global Health Observatory Data Repository: browse data tables by country. Acessado no dia 28 de Novembro de 2013.

GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE (GHWA). Global forums on human resources for health. Genebra, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/forum/en/>. Acessado no dia 4 de Janeiro de 2014.

GOVERNO DA PROVÍNCIA DE TETE. Potencialidades turísticas da província. 2008. Disponível em: <http://www.tete.gov.mz/grandes-projectos/potencialidades-turisticas-da-provincia/>. Acessado no dia 22 de Abril de 2014.

GOVERNO DE ANGOLA. Angola: o perfil de Angola. 2011. Disponível em: <http://www.governo.gov.ao/opais.aspx>. Acessado no dia 01 de Julho de 2014.

GOVERNO DE CABO VERDE. Dados gerais. 2007. Disponível em: <http://www.governo.cv/>. Acessado no dia 01 de Julho de 2014.

GOVERNO DE MOÇAMBIQUE. Informação geral sobre Moçambique. 2006a. Disponível em: <http://www.portaldogoverno.gov.mz/Mozambique>. Acessado no dia 22 de Abril de 2014.

GOVERNO DE MOÇAMBIQUE. Instituições de ensino superior em Moçambique. 2006b. Disponível em: http://www.portaldogoverno.gov.mz/Informacao/edu/subfo_inst_ens_sup/. Acessado no dia 16 de Dezembro de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Localização geográfica. 2014. Disponível em: <http://teen.ibge.gov.br/mao-na-roda/localizacao-geografica>. Acessado no dia 25 de Outubro de 2014.

MACHADO, M. (Ministério da Saúde). CONPROF - Cadastro de Profissionais de Saúde: Visão geral do sistema. 2009. Disponível em: http://200.214.130.94/conprof/te_guia.php. Acessado no dia 23 de Outubro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ANGOLA (MINSA). Exposição Ocupacional de Biossegurança. Angola, 2009. Disponível em: <http://www.minsa.gov.ao/TodasPublicacoes.aspx>. Acessado no dia 20 de Agosto de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ANGOLA (MINSA). Biossegurança. Angola, 2011. Disponível em: <http://www.minsa.gov.ao/TodasPublicacoes.aspx>. Acessado no dia 20 de Agosto de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ANGOLA (MINSA). Relatório de avaliação nacional do sistema de informação sanitária (SIS): versão final. Luanda: Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística, 2010. 74p. Disponível em: http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/Angola_Relatorio_Avaliacao.pdf. Acessado no dia 20 de Agosto de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ANGOLA (MINSA). Plano nacional de desenvolvimento sanitário 2012 – 2025: mais e melhor saúde. v.2, Angola, 2012. 326p. Disponível em: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Angola/angola_pnds_2012_2025_vol_22.pdf. Acessado no dia 20 de Agosto de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. Plano estratégica de desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde 2005-2014. 2005. 82p. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentos>. Acessado no dia 23 de Outubro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. Política nacional da saúde: reformar para uma melhor saúde. Praia, 2007. 60p. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentos>. Acessado no dia 22 de Outubro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. Relatório estatístico 2011. Praia, 2012a. 119p. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentos>. Acessado no dia 24 de Julho de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. Missão. 2012b. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/ministerio/missao>. Acessado no dia 23 de Julho de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. Fórum nacional sobre a complementariedade e as parcerias público-privadas na saúde. 2012c. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentos>. Acessado no dia 17 de Novembro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. Plano nacional de desenvolvimento sanitário 2012-2016: Saúde: um compromisso do Estado, responsabilidade de todos. Praia, 2012d. 272p. 2v. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentos>. Acessado no dia 27 de Novembro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE. Plano nacional de desenvolvimento sanitário 2012-2016: Saúde: um compromisso do Estado, responsabilidade de todos. Praia, 2012e. 92p. 1v. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentos>. Acessado no dia 27 de Novembro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE (MISAU). Plano nacional de desenvolvimento de recursos humanos da saúde (PNDRHS): 2008-2015. 2007?. Disponível em: <http://www.misau.gov.mz/index.php/planos-estrategicos>. Acessado no dia 17 de Abril de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE (MISAU). Carta de Serviços do Ministério da Saúde. 2009?. Disponível em: http://www.portaldogoverno.gov.mz/Informacao/carta-de-servicos/Carta_de_Servico_MISAU.pdf. Acessado no dia 13 de Outubro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE (MISAU). Análise dos sistemas de informação para recursos humanos em saúde em Moçambique. 2010a. Disponível em: <http://41.76.149.99:8080/esipsaude/>. Acessado no dia 16 de Abril de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE (MISAU). Política e plano nacional de controle da infecção para a tuberculose em unidades sanitárias e ambientes conglomerados de

Moçambique: promovendo a segurança sem estigmatização. 2010b. 32p. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/mozambique.pdf>. Acessado no dia 19 de Outubro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE (MISAU). Relatório da revisão do sector da saúde, 2012a. Disponível em: <http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/96661/>. Acessado no dia 16 de Abril de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE (MISAU). eSIP-saúde: sistema de informação integrado de recursos humanos para a saúde. 2012b. Disponível em: <http://www.misau.gov.mz/index.php/esip-saude>. Acessado no dia 16 de Abri de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE (MISAU). Plano estratégico do setor da saúde: PESS 2013-2017. Maputo, 2013a. Disponível em: http://www.misau.gov.mz/attachments/article/10/PESS_versao_pre_final-11%20Jul%202013.pdf. Acessado no dia 02 de Maio de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE (MISAU). Projeto eSip-Saúde. 2013b. Disponível em: <http://41.76.149.99:8080/esipsaude/>. Acessado no dia 02 de Maio de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE (MISAU). Entrada. 2014a. Disponível em: <http://www.misau.gov.mz/>. Acessado no dia 16 de Abril de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE MOÇAMBIQUE (MISAU). Prevenção e Controlo de Infecções. 2014b. Disponível em: <http://www.misau.gov.mz/index.php/boletins-da-assistencia-medica>. Acessado no dia 21 de Dezembro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (MS). Secretaria da Gestão do trabalho e educação na saúde: DGERTES-departamento de Gestão e da regulamentação do trabalho em saúde. 2004. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sigtrabalho/>. Acessado no dia 24 de Fevereiro de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (MS). Protocolo – Nº 008 /2011: Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS. 2011. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Protocolo_008_Diretrizes_PNPST.pdf. Acessado no dia 11 de Agosto de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (MS). Gestão do trabalho em saúde. 2013. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1013. Acessado no dia 02 de Dezembro de 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (MS). Conheça a secretaria – SGTES. 2014. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sigtrabalho/>. Acessado no dia 12 de Outubro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (MS). Mais médicos. 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>. Acessado no dia 16 de Janeiro de 2015.

MINISTÉRIO DO AMBIENTE DE ANGOLA (MINAMB). Legislação sobre resíduos hospitalares acaba com deposição em céu aberto, 2014. Disponível em: <http://www.minamb.gov.ao/VerNoticia.aspx?id=21406>. Acessado no dia 25 de Agosto de 2014.

MUZIMA, J.; MAZIVILA, D. Angola. *African Economic Outlook*. 2014. Disponível em: <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/southern-africa/angola/>. Acessado no dia 15 de Julho de 2014.

NAÇÕES UNIDAS - CABO VERDE. Sobre Cabo Verde. 2010. Disponível em: <http://www.un.cv/sobrecv.php#1>. Acessado no dia 24 de Julho de 2014.

NAHAS, T. Os desafios da relação público x privada do SUS. *Revista Eletrônica do Centro de Estudos da Metrópole: diverCIDADE*. 2009. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/antigo/v1/divercidade/numero19/3.html>. Acessado no dia 07 de Janeiro de 2015.

NSHIMYUMUREMYI, A. e MARONE, H. Cabo Verde. *African Economic Outlook*. 2014. Disponível em: <http://www.africaneconomicoutlook.org/en/countries/west-africa/cabo-verde/>. Acessado no dia 15 de Julho de 2014.

OBSERVARH. Apresentação: a estação de trabalho IMS/UERJ. 2013. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/apresentacao.php>. Acessado no dia 23 de Outubro de 2014.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE EM ÁFRICA (ORHSA). 62ª sessão do comitê regional adota roteiro sobre recursos humanos para saúde. Disponível em: <http://www.hrh-observatory.afro.who.int/pt/casa.html>. Acessado no dia 25 de Janeiro de 2014.

OBSERVATÓRIO DOS PAÍSES DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA (OPLOP). Novos balanços da situação da saúde em Angola. 2011. Disponível em: <http://www.oplop.uff.br/boletim/380/novos-balancos-da-situacao-da-saude-em-angola>. Acessado no dia 21 de Julho de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Trabalhando juntos pela saúde: relatório mundial de saúde 2006. 2006, Brasília. 210p. Disponível em: http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf?ua=1. Acessado no dia 24 de Janeiro de 2014.

POMPEI, J. Cooperação Técnica mapa/Brasil - OPAS/PANAFTOSA. 2007? Disponível em: <http://www.paho.org/panaftosa/images/Gallery/textos/projetomapa.pdf>. Acessado no dia 08 de Janeiro de 2015.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Relatório do desenvolvimento humano. A Ascensão do sul: progresso humano num mundo diversificado. New York, 2013, 224p. Disponível em: <http://www.un.cv/files/HDR2013%20Report%20Portuguese.pdf>. Acessado no dia 05 de Fevereiro de 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Relatório do desenvolvimento humano 2014. Sustentar o desenvolvimento humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência. New York, 2014, 28p. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/2014-report/download>. Acessado no dia 16 de Julho de 2014.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). Sobre a RIPSA. 2014. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=63&item=1>. Acessado no dia 23 de Outubro de 2014.

SCHNEIDER, M. *et al.* Base de Dados de Vertebrados e Centros de Diversidade de Vertebrados em Moçambique. Universidade Eduardo Mondlane. 2007. Disponível em: <http://www.fzi.uni-freiburg.de/VertebratesMOC/pg2port.htm>. Acessado no dia 08 de Outubro de 2014.

THE WORLD BANK. Countries. 2014. Disponível em: <http://www.worldbank.org/en/country>. Acessado no dia 01 de Julho de 2014.

UNITED NATIONS. United nations millennium declaration. In: fifty-fifth session, resolution adopted by the general assembly (A/RES/55/2). September, 2000. Disponível em: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>. Acessado no dia 20 de Janeiro de 2014.

UNITED NATIONS - ECONOMIC COMMISSION FOR AFRICA. Country profiles. Disponível em: <http://www.uneca.org/oria/pages/country-profiles>. Acessado no dia 20 de Abril Janeiro de 2014.

VIDE, A. Angola hamset project: plano de gestão de resíduos hospitalares em Angola. Luanda, 2004. 110p. Disponível em: <http://www.minsa.gov.ao/VerPublicacao.aspx?id=553>. Acessado no dia 20 de Agosto de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). *Human resources for health observer issue n°2*, Genebra, 2010. 132p. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/observer2/en/>. Acessado no dia 12 de Janeiro de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; REGIONAL OFFICE FOR AFRICA (WHO; AFRO). Estratégia de cooperação da OMS com os países 2008-2013: Cabo Verde. 2009. Disponível em: <http://www.afro.who.int/en/cape-verde/cape-verde-publications.html>. Acessado no dia 25 de Julho de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; REGIONAL OFFICE FOR AFRICA (WHO; AFRO). Sexagésima segunda sessão do Comité Regional Africano: relatório final. AFR/RC62/21. 2012a. 113p. Disponível em: <http://www.afro.who.int/pt/sexagesima-segunda-sessao.html>. Acessado no dia 19 de Junho de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; REGIONAL OFFICE FOR AFRICA (WHO; AFRO). O observatório africano de saúde: oportunidade para reforçar os sistemas de informação sanitária através de observatórios nacionais de saúde. In: sexagésima segunda sessão do Comitê Regional Africano. AFR/RC62/13. 2012b. 8p. Disponível em: <http://www.afro.who.int/pt/sexagesima-segunda-sessao.html>. Acessado no dia 19 de Junho de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; REGIONAL OFFICE FOR AFRICA (WHO; AFRO). Cape Verde Country health profile. 2012c. Disponível em: <http://www.afro.who.int/en/cape-verde/country-health-profile.html>. Acessado no dia 22 de Julho de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; REGIONAL OFFICE FOR AFRICA (WHO; AFRO). Observatório de Recursos Humanos para Saúde celebrou a II Conferência anual. 2012c. Disponível em: <http://www.afro.who.int/en/mozambique/press-materials.html>. Acessado no dia 22 de Agosto de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health workforce. 2013a. Disponível em: http://www.who.int/topics/health_workforce/en/. Acessado no dia 02 de Dezembro 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Recife political declaration on human resources for health: renewed commitments towards universal health coverage. In: 3rd Global Forum on Human Resources for Health, 2013b, Recife, Brazil. Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/recife_declaration_17nov.pdf?ua=1. Acessado no dia 24 de Janeiro de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health professions networks. 2014a. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/professionals/en/>. Acessado no dia 12 de Janeiro de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Occupational health: global strategy on occupational health for all-The way to health at work. 2014b. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/publications/globstrategy/en/index4.html. Acessado no dia 31 de Julho de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE (WHO; GHWA). The Kampala declaration and an agenda for global action. In: First global

forum on human resources for health. Kampala, 2008. Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/kampala_declaration/en/. Acessado no dia 4 de Janeiro de 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE (WHO; GHWA) Strategy 2013-2016: advancing the health workforce agenda within universal health coverage. Geneva, 2012. Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ghwa_strategy_long_web.pdf?ua=1. Acessado no dia 16 de Fevereiro de 2014.

9. ANEXOS



ANEXO A.

REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

Dados do Acidentado	Data do acidente	Hora do acidente
	Nome do trabalhador Acidentado	Telemóvel
	Instituição	Secção
	Função	CIF ou BI

Serologia do trabalhador	VIH	Hepatite B	Hepatite C	Outros	
	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Não realizado	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado		
	Vacinado contra Hepatite B: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		1ª dose __/__/__ 2ª dose __/__/__ 3ª dose __/__/__		

Paciente fonte	Nome	Registo	Móvel
	Diagnóstico (s)	Leito	Grupo de risco: Sim () Não ()

Dados do acidente	Descrição sucinta do acidente:	Tipo de Acidente: <input type="checkbox"/> Massivo <input type="checkbox"/> Intermédio <input type="checkbox"/> Mínimo	
	Onde Notificou	Data	Hora

Responsável pelas informações /Cargo Função _____



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ACOMPANHAMENTO DO TRABALHADOR

Início do acompanhamento

Nome do trabalhador acidentado:			Móvel
Data do acidente	Hora do acidente	Função	Secção

Acidente com material biológico com risco de infecção para o profissional? () Não () Sim

Condutas:

Quimioprofilaxia para HIV: () Não () Sim.

Justificativa:

Droga: _____ Dose: _____

Droga: _____ Dose: _____

Droga: _____ Dose: _____

Vacina contra hepatite B: () Não () Sim.

Nº de doses: _____

Doses recebidas:

Dose 1: ____/____/____

Dose 2: ____/____/____

Dose 3: ____/____/____

Nome do Profissional



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ACOMPANHAMENTO DO TRABALHADOR

ATENDIMENTO Nº _____

Nome: _____ Idade: _____ Móvel: _____

Data: ____/____/____

Medicação em uso:

Droga: _____ Dose: _____

Droga: _____ Dose: _____

Droga: _____ Dose: _____

Uso regular da medicação? () Não () Sim

Efeitos adversos da medicação?

() Não () Sim. Quais? _____

Queixas:

Hb/Ht: _____ Testes: Anti-VIH: _____ AgHBs: _____ Anti-HVC _____

Outras análises:

Exame objectivo:

Condutas:

Data do retorno: ____ / ____ / ____

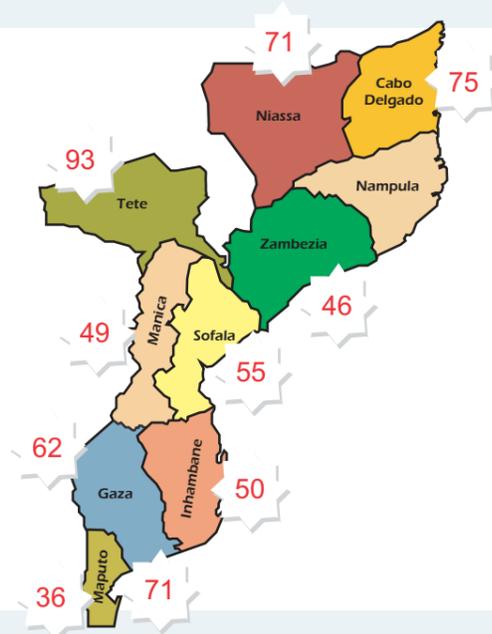
Data da ALTA: ____ / ____ / ____

Nome do Profissional

“O Ministério da Saúde está preocupado em manter o ambiente de trabalho nos serviços de Estomatologia dentro das normas universais de Biossegurança, atribuindo a responsabilidade de cada trabalhador e como um dever de todos. Não basta a existência de uma central de esterilização, se o profissional não souber como utilizar adequadamente os métodos para prevenir a transmissão de infecções nas consultas de Estomatologia. É importante consciencializar os profissionais dos riscos de contaminação durante o atendimento estomatológico.” Marta Mapengo, Chefe do Programa de Saúde Oral.

Foi nesta tónica que se realizou nos dias 4, 5 e 6 Novembro de 2013 a Reunião Nacional de Saúde Oral, onde foram discutidos os resultados alcançados em PCI na área da estomatologia, tendo a província de Cabo Delgado recebido um Diploma de Mérito, por ter sido a província com o melhor desempenho em Prevenção e Controlo de Infecções (80%), durante as avaliações externas realizadas em 2012. Este prémio pretende incentivar a outras províncias a seguirem as normas de biossegurança, não só para proteção do paciente como do próprio profissional.

Em 2013 destacou-se a província de Tete com 93%. Lamentavelmente, os Hospitais da província de Nampula que foram avaliados pela equipe de avaliadores externos, não



possuíam a estomatologia funcionante em 2013.

• **Expansões do PCI:** 8 outras Unidades Sanitárias da Província de Inhambane, iniciaram a implementação do PCI em 2014. Perfazem actualmente um total de 206 US a implementarem o Programa em todo o País.

• **Neonatalogia:** Em Janeiro de 2014, realizou-se a avaliação interna da Neonatalogia (Não abrangido inicialmente pelo PCI) dos Hospitais Centrais de Maputo e Beira. Os resultados alcançados foram:

* HCM - 65.2%

* HCB - 56.5%

• **IACS:** 10 US Continuam em vigilância das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), mais concretamente, das Infecções do sítio cirúrgico (ISC) pós cesariana e pós histeriorrafia e a sepsis neonatal associada aos cuidados de saúde. Até Dezembro de 2013 os valores cumulativos foram:

* A taxa de ISC - 3.4%, sendo a ISC pós cesariana - 3.0% e pós histeriorrafia - 6.1%.

* A taxa da sepsis neonatal associada aos cuidados de saúde - 10.6‰ e a sua taxa de mortalidade - 2.3‰ nascidos vivos.

Desempenho em PCI da estomatologia
— avaliação externa 2013

PARA MAIS INFORMAÇÕES NÍVEL CENTRAL

Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Assistência Médica
Departamento Enfermagem
Avenida Eduardo Mondlane/Salvador Allende
Telefone (+258) 21322159

NÍVEL PROVINCIAL
Direcção Provincial da Saúde
Repartição de Enfermagem



Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Assistência Médica

Boletim da Prevenção e Controlo das Infecções Agosto 2014

Nota de Abertura

Nesta quarta edição do Boletim Informativo do PCI, destacamos o RECONHECIMENTO em PCI do HOSPITAL DISTRITAL DE NACALA-PORTO e o trabalho da DPS de Nampula. Como tema informativo, apresentamos o Controlo da Transmissão da Tuberculose nas Unidades Sanitárias, dada a celebração do “Dia Mundial da Tuberculose”.

Este Boletim está também disponível na página web: <http://www.misau.gov.mz/pt/misau/>



Comunidade e trabalhadores saudando os Dirigentes e Convidados a Cerimónia.

O Hospital Distrital de Nacala Porto foi RECONHECIDO por alcançar os padrões de PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFECÇÕES a **13 de Setembro de 2013**, num acto simultâneo com o reconhecimento da Enfermagem da Medicina, como sendo uma “Enfermagem Modelo”. A cerimónia foi dirigida simultaneamente por S. Excia a Vice Ministra da Saúde - Dra Nazira Vali e por S. Excia a Governadora da Província de Nampula - Sra. Cidália Chauque.

Este é o segundo Hospital a ser reconhecido em PCI nos 10 anos de implementação deste programa. Para além deste apenas o Hospital Provincial de Xai-Xai foi reconhecido nos anos de 2007 e 2011.



S. Excia a Governadora, descerrando a placa de reconhecimento em PCI, no Hospital Distrital de Nacala-Porto.

Tal como o preconizado, para o alcance deste reconhecimento, o Hospital teve que demonstrar cumprir pelo menos 80% dos 277 padrões de desempenho em PCI, e o mesmo em cada uma das 16 áreas avaliadas do hospital.

O **PCI** neste hospital, começou a ser implementado em Maio de 2006 com uma linha de base de 27%. Em **2007** alcançou 59%, **2008**—63%, **2009**—20%, **2010**—34%, **2011**—70%, **2012** 79% e em **2013**—86%.

Tal como outros Hospitais o HDN-Porto possui os seus desafios, entre os quais o abastecimento irregular de água canalizada e a manutenção da higiene e limpeza, e para supera-los conta com o apoio do Comité de Saúde e dos agentes económicos locais.

Esta é uma das 48 Unidades Sanitárias da Província de Nampula a implementarem o PCI, sendo actualmente uma referência para a província, região Norte e para o País.

Mãos limpas salvam vidas!



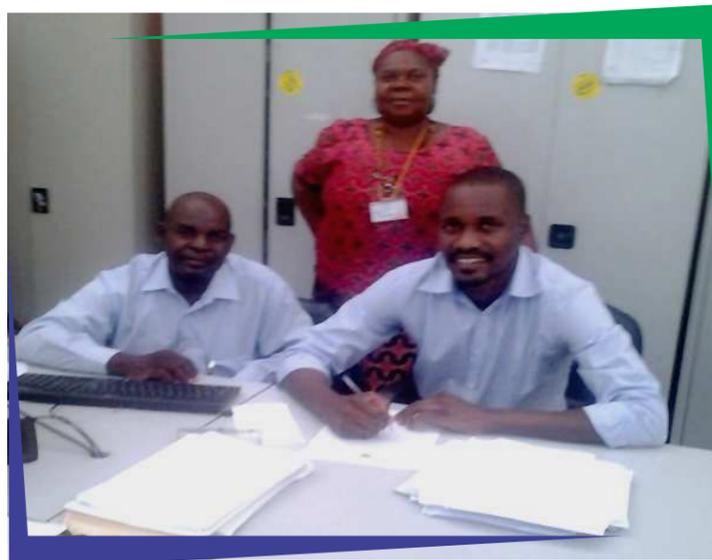
Nampula, iniciou a implementação do PCI em 2005 com a inclusão no programa do Hospital Central de Nampula e sob a intervenção directa do MISAU. Com nomeação de responsáveis provinciais do PCI em 2010 iniciou-se a descentralização do PCI, atribuindo-se às DPS a responsabilidade de coordenar, gerir, expandir e implementar o PCI nas províncias.

Actividades Realizadas

- Planificação, orçamentação e definição de metas em conjunto com parceiros locais EGPAF, ICAP, SCIP, Banco Mundial;
- Mobilização de recursos materiais e financeiros junto ao MISAU e parceiros locais;
- Capacitação de pessoal de saúde de todos os níveis,
- Indicação de pontos focais de cada US e revitalização das comissões locais do PCI;
- Realização de reuniões anuais de coordenação das actividades de PCI com envolvimento de Médicos Chefes e Directores Distritais, incluindo pessoal da área administrativa, com objectivo de divulgação de resultados de cada US, definição de estratégias para passos subsequentes e responsabilização dos Médicos Chefes e Directores Distritais na gestão do programa;
- Reprodução e disponibilização do instrumento de medição de desempenho em PCI para as US;
- Monitoria e apoio à realização das avaliações internas e notificação de resultados alcançados;
- Implementação da política de pagamento baseado no desempenho (PBF). Valor que a EGPAF dá as US a cada trimestre, para ajudar na melhoria do funcionamento dos serviços e como incentivo aos trabalhadores de saúde. Sendo: 60% é para trabalhadores e 40% para instituição;
- Disponibilização regular de recursos financeiros e materiais através de sub acordos assinados trimestralmente entre a DPS/DDS e EGPAF.

Resultados alcançados

- Mais 28 unidades sanitárias no PCI —expansão realizada pela DPS.
- A Província conta com um total de 48 US que implementam o PCI, contra as 11 US expandidas pelo MISAU.
- Resultados medições internas trimestrais disponíveis para a análise da DPS e enviadas ao MISAU.
- Supervisões técnicas integradas realizadas de forma regular.
- Capacitação de pessoal de saúde de todos os níveis, tendo sido formados a nível da província cerca de 144 trabalhadores de saúde das US implementadoras.
- Formação em serviço sobre o PCI.
- Designação dos pontos focais de cada US.
- Revitalização das comissões locais de PCI.
- Melhorias progressivas de no cumprimento dos padrões de desempenho, onde se destaca o Hospital Distrital de Nacala Porto.



Da esquerda para a direita senhor. Lopes Mussa, Responsável Provincial de PCI, Dr. Júlio Leonardo Madime, Chefe do Departamento de Assistência Médica e no centro a senhora Mafalda Francisco, Chefe da Repartição Provincial de Enfermagem.

"Foi nos difícil acreditar que podíamos caminhar com os nossos próprios pés e recursos, mas dado o compromisso que todos nós assumimos na altura, conseguimos paulatinamente estabelecer os alicerces para a consolidação do PCI...Dr. Júlio Leonardo Madime, Chefe do Departamento da Assistência Médica na DPS de Nampula.

"A maior dificuldade que nós tínhamos de início era: como poderíamos obter recursos para a implementação deste importante programa? Com o apoio do Ministério da Saúde, dos nossos parceiros de implementação, foi possível alcançarmos resultados palpáveis a nível da nossa província. Temos uma unidade sanitária que foi reconhecida este ano de 2013 pelo MISAU por ter alcançado mais de 80.0% no cumprimento de padrões de qualidade em PCI, o que para nós representa um marco histórico importante para a província de Nampula. Lopes Manuel Mussa, responsável do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções na DPS de Nampula.



Onde Estamos?

Em 206 Unidades Sanitárias, 63 expansões realizadas em 2013 e 2014: 5 Cidade de Maputo, 4 Maputo Província, 3 Gaza, 8 Inhambane, 13 Manica, 2 Zambézia e 28 em Nampula.



Dia Mundial da Higiene das Mãos sob o lema: "O papel da higiene das mãos no combate à resistência aos antibióticos".

Se não fizermos nada hoje, não haverá cura amanhã!



Lavar as mãos previne doenças

Com o objectivo de assinalar o 5 de Maio, Dia Mundial de Higiene das Mãos, decorreu no Centro de Saude 1º de Maio a celebração comemorativa desta efeméride. Na ocasião, foram apresentados os materiais promocionais da Campanha (cartazes, camisetas, disticos, etc.) para além da presença de uma Estação de Sensibilização para a Prática de Higiene das Mãos organizada pelo Departamento de Enfermagem (DNAM)-MISAU com a finalidade de promover oportunidades de educação e sensibilização dos participantes.

As mãos são o principal veículo de transmissão de microorganismos de um indivíduo para outro. Todos os anos, milhares de doentes em todo o mundo são afectados por

infecções que poderiam ser prevenidas pelo simples ato de uma lavagem correcta das mãos. Lavar as mãos de forma correcta é a principal medida de controlo no desenvolvimento de infecções.

A Dra. Olga Novela, Directora Nacional de Saúde, ressaltou ainda que: "a cada dia, no mundo, 1,4 milhões de pessoas sofrem de infecções adquiridas no hospital". A falta de higiene das mãos é o modo mais comum de transmissão de microorganismos através do contacto das mãos contaminadas. Após contacto com o doente ou com o ambiente contaminado, os germes podem sobreviver nas mãos dos trabalhadores de saúde de 20 a 60 minutos e se estes não lavam as mãos estarão a disseminar esses germes para outros doentes. O risco de Infecção Hospitalar nos países em desenvolvimento é duas a 20 vezes mais elevada que nos países desenvolvidos.

