



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direcção de Recursos Humanos

RELATÓRIO DA IV CONFERÊNCIA ANUAL DO OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE DE MOÇAMBIQUE



“O Estado da Força de Trabalho para Implementação dos Cuidados de Saúde Primários em 2014”

Maputo, 16 de Setembro de 2015

1. INTRODUÇÃO

Teve lugar no dia 16 de Setembro de 2015, no Centro Internacional de Conferência Joaquim Chissano, a IV Conferência Anual do Observatório de Recursos Humanos para a Saúde de Moçambique (ORHS), sob o Lema: **“O Estado da Força de Trabalho para Implementação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em 2014”**, que teve como **objectivo**; congregar diferentes partes interessadas para debater e partilhar informação sobre o estado da força de trabalho para implementação dos Cuidados de Saúde Primários.

Objectivos específicos:

1. Reflectir sobre a situação actual da força de trabalho para os cuidados de saúde primários;
2. Como melhor incrementar a força de trabalho para os CSP com as competências e a combinação de habilidades requeridas;
3. Como distribuí-la equitativamente, geri-la e retê-la para poder cobrir as necessidades da população.
4. Trocar experiência e promover o intercâmbio entre os membros da rede do Observatório de Recursos Humanos nacionais e internacionais.

O evento contou com uma audiência de cerca de 265 participantes (dos quais 120 estiveram presentes na sessão paralela de Recursos Humanos e os restantes estiveram presentes na mesa redonda) representantes de Instituições do Governo, Organizações Não-Governamentais, Parceiros de Cooperação, Membros da rede do Observatório, Instituições Privadas, Associações Profissionais, Sociedade Civil, um orador internacional, entre outros (lista de participantes em anexo).

2. DESENVOLVIMENTO

No início das actividades, foram apresentados os objectivos do Observatório de Recursos Humanos para Saúde, que visam apoiar na formulação de políticas, gestão e tomada de decisões baseadas em evidências e informação relevante, referente a recursos humanos em saúde para uma prestação eficiente de serviços no sistema nacional de saúde, o Moderador da mesa redonda, Doutor Martinho Dgedge (Inspector Geral de Saúde do Ministério da Saúde) saudou aos participantes, desejando boas vindas a todos a IV Conferência Anual do ORHS, integrada nas XV Jornadas Científicas de Saúde.

De seguida apresentou a essência da mesa redonda, que tinha como tema; o estado da força de trabalho para a implementação dos cuidados de saúde primários, um tema que inscreve-se num contexto de uma reflexão sobre a formulação de uma

Lei da Saúde Pública e de uma transição demográfica e epidemiológica de doenças crónicas não transmissíveis. Referiu também que a análise desta força de trabalho é pertinente no âmbito da implementação do Plano Estratégico do Sector Saúde 2014-2019, que tem como prioridade a provisão de mais e melhores serviços próximos a população e da elaboração do próximo Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde 2016-2025, que visa planificar a força de trabalho necessária para atingir os objectivos do PESS e outras políticas do sector de saúde.

A mesa redonda esperava os seguintes resultados:

- ✓ Recolher da plateia insumos para apoiar na determinação da composição da equipa dos profissionais de saúde, mais especificamente nos centros de saúde rurais mais próximos da população e como garantir que todos estes centros de saúde estejam dotados desta equipa para garantir um acesso universal aos cuidados básicos.

2.1 DEBATE EM MESA REDONDA

O debate central foi em mesa redonda, com os seguintes painelistas:

- a) **DR. Francisco Mbofana:** Director Nacional de Saúde Pública- Ministério da Saúde - Intervenção sobre a perspectiva do sector público em relação aos cuidados de saúde primários, sob o ponto de vista da implementação dos cuidados no Terreno.
- b) **DR. Mário Dal Poz:** Médico Pediatra e Professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, foi Coordenador de Recursos Humanos para a Saúde, na Organização Mundial de Saúde e actualmente é o Editor-chefe da Revista de Recursos Humanos para a Saúde – Apresentou a experiência internacional na prestação de cuidados de saúde primários e sua força de trabalho correspondente a agenda de desenvolvimento após 2015.
- c) **Reverendíssimo Bispo Dom Diniz Sengulane:** Ex. Bispo Anglicano da Diocese dos Libombos e antigo Presidente do Conselho Cristão de Moçambique. Esteve envolvido nas negociações de paz que puseram fim a guerra civil em Moçambique. É patrono das campanhas para a erradicação da malária e desarmamento – Apresentou a perspectiva do utente em relação a qualidade dos serviços de cuidados de saúde primários do ponto de vista dos direitos humanos.

2.2 APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO DA MESA REDONDA

A mesa redonda focalizou-se na dimensão da força de trabalho em saúde, especificamente na prestação de cuidados de saúde primários em termos de **Disponibilidade, Acessibilidade, Aceitabilidade e Qualidade**.

Para a contextualização do debate, os representantes do grupo técnico, Dra. Adelaide Mbebe (MISAU/DRH), Dra. Marcelle Claquin (DRH/Jhpiego), Dra. Lucy Ramirez (DRH/EGPAF) e Dr. Angel Mendoza (DRH/Jhpiego) fizeram a apresentação sobre o Estado da Força de Trabalho para a implementação dos cuidados de saúde primários, em 2014, com foco na equipa de profissionais do Centro de Saúde Rural (CSR) de Tipo II.

Desta apresentação concluiu-se que:

- ✓ 96% das unidades sanitárias (US) encontravam-se no nível primário de atenção, mais de 80% do atendimento aconteceu na rede primária, mas 50% de pessoal de regime especial de saúde estava colocado no nível primário de atenção.
- ✓ Devido a expansão dos serviços prestados na rede primária de saúde, a força de trabalho dos CSP em 2014 era duas vezes maior em termos numéricos comparando com o previsto no Diploma Ministerial 127/2002, 31 de Julho.
- ✓ A acessibilidade à esta força de trabalho não era equitativa entre os distritos das províncias de Zambézia, Nampula e Tete
- ✓ Nos CSR tipo II, existe défice de pessoal nas áreas de SMI e nutrição em relação ao previsto pelo DM 127/2002, de 31 Julho e em relação a carga de trabalho existente.
- ✓ A equipa dos profissionais CSR tipo II incluía em 2014 pessoal de outras áreas prioritárias não previstas no DM (Medicina Preventiva, Laboratório e Farmácia)
- ✓ A constituição da equipa de profissionais dos CSR tipo II em 2014, não seguia o padrão definido pelo DM e variava entre 1 profissional de uma área ocupacional à uma equipa com profissionais de mais de 10 áreas ocupacionais.
- ✓ A carga de trabalho era maior nos CSR tipo II nos quais a equipa básica prevista pelo DM 127/2002, 31 de Julho encontrou-se completa em 3 dos 973 CSR II.

O debate da conferência foi em volta dos resultados da análise das dimensões da força de trabalho dos cuidados de saúde primários em termos de disponibilidade e acessibilidade e foram apresentados os seguintes aspectos para reflexão:

1. Qual deveria ser a composição mínima da força de trabalho colocados nos Centros de Saúde Rurais Tipo II para garantir um acesso universal aos cuidados básicos de saúde.
2. Como garantir que os técnicos que prestam os cuidados requeridos estejam disponíveis em todos Centros de Saúde Rurais tipo II, que são mais próximos da população.

2.1.2 INTERVENÇÃO DOS PAINELISTAS

a) Face a apresentação feita, o representante do Sector Público, Dr. Francisco Mbofana teceu os seguintes comentários:

Apesar de verificar-se um crescimento de funcionários no sector da saúde, a distribuição do pessoal de saúde é desigual. As províncias de Nampula e Zambézia, que são as mais populosas, apresentam menor número de profissionais.

40% dos graduados são colocados nestas províncias, mas, a questão fundamental não é só formar e colocar, é necessário também ter em conta a questão da retenção, para que os colocados fiquem por mais tempo, de modo a resolverem os problemas dos cuidados de saúde primários, visto que 80% das necessidades de saúde da nossa população podem ser satisfeita no nível primário.

Além da questão da retenção, o representante do sector público, chamou atenção ao papel central dos recursos humanos na escolha de grupos específicos e identificação do tipo de recursos humanos que se pretende para direccionar a estes serviços, tendo em conta os recursos financeiros.

b) De seguida interveio o Dr. Mário Dal Poz, que iniciou a sua apresentação felicitando o desenvolvimento e evolução do Observatório de RHS, da DRH e a área de saúde em geral. Com base na sua experiência internacional teceu os seguintes comentários:

Um dos papéis da Organização Mundial da Saúde é de elaborar novas técnicas partindo de evidências. Não existem padrões aceites internacionalmente sobre APS e RHS, contudo é necessário que se realizem estudos, pesquisas e evidencias e os resultados desses estudos ajudam a identificar prioridades para reforma nos RHS, bem como adicionar elementos de prova (evidencia) para elaboração de normas ou

técnicas em várias áreas, tais como; recrutamento, incentivos, motivação, carga de trabalho, etc. e Moçambique é um exemplo desse esforço.

Referiu-se a um estudo publicado no HRH *Journal*, que analisa APS e RHS em cinco países, nomeadamente; Mali, Sudão, Uganda, Botswana e África do Sul em que concluiu-se que:

- ✓ Apesar de algumas diferenças na estrutura dos prestadores de serviços e cuidados de saúde primários, conforme definido pelo Ministério da Saúde em cada país, os tipos de prestadores de cuidados primários são os mesmos em todos os países.
- ✓ Dificuldades de se obter dados e informação.
- ✓ Dois Países tiveram crescimento no número e densidade, os demais estagnaram.
- ✓ Diferentes abordagens no enfrentamento do problema do défice
- ✓ Como recomendação, os autores sugerem que os países considerem um enfoque mais realístico, focalizando em intervenções e RHS que possam dar melhores respostas em curto prazo,
- ✓ Em algumas experiências internacionais, a maioria de recursos que prestam serviços na área de cuidados de saúde primários, são mais ou menos semelhantes e agregados por província, distrito.

Experiência do Brasil:

Ultimamente no Brasil verifica-se a tripla carga de doenças e doenças crónicas não transmissíveis, o que levou o sistema de saúde Brasileiro a elaborar uma estratégia de saúde da família que visa fortalecer as unidades básicas de saúde.

A estratégia de saúde da família, permitiu maior acesso a serviços, possibilitando o acesso ao Sistema Único de Saúde a mais de 110 milhões de brasileiros. Bem como, a melhoria dos indicadores de saúde, podendo ser exemplificada pela queda sustentada da mortalidade infantil, que caiu 58,8% entre 1990 e 2008, pela redução da taxa de mortalidade por doenças crónicas entre 1996 e 2007 (de 569 para 475 /100 mil habitantes) e pela queda importante na mortalidade por doenças transmissíveis.

Experiência de outros países:

- ✓ Estudo OECD sobre uso de incentivos na APS, a maioria usa sistema misto de salário e valor variável.

- ✓ Na China, além de terem implementado uma reforma de saúde que aboliu incentivos, tem estado a introduzir diversas experiências para recrutar e reter profissionais de saúde na APS.
- ✓ No México, esta em curso a avaliação das necessidades de saúde da população, como ponto de partida para a definição de cuidados de saúde. Analisando as desigualdades e identificando mecanismos para a redução e testando a abordagem semelhante a que é usada no Canada.

Para terminar, o orador recomendou:

- ✓ A elaboração de pesquisas com base em evidências que influenciem decisões;
- ✓ Melhoria de sistemas de informação que permitam melhor análise e monitoramento de APS;
- ✓ Melhoria do impacto em curto prazo em termos de saúde pública, tendo em conta os gastos com formação de médicos, recrutamento e seleção, qualidade da formação e supervisão de pessoal de nível médio.

c) **Sob ponto de vista da perspectiva do Utente**, para o Bispo Dom Diniz Sengulane o sector de saúde deve se preocupar cada vez mais com a humanização, tendo em conta os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Segundo este painalista:

- ✓ Um cidadão só se dirige a uma unidade sanitária a busca de saúde e acredita que quem vai lhe receber, esta preparado para o receber condignamente.
- ✓ Uma unidade sanitária é um local onde as pessoas vão resolver os seus problemas de saúde, e é no gozo dos direitos como cidadão que o utente se dirige à Unidade Sanitária, buscando os serviços de quem foi treinado e responsabilizado para cuidar da sua saúde.
- ✓ Se o servidor de saúde tiver tido alguma briga e está mal humorado, é preferível faltar ao serviço ao invés de ir descarregar tudo sobre o doente.
- ✓ Até mesmo sabendo que esta a beira da morte, o utente vai a busca da cura na unidade sanitária porque quer morrer com dignidade.
- ✓ O utente e o servidor da saúde são como duas mãos que se lavam mutuamente.

Por sua vez, o utente tem o dever de:

- ✓ Confiar no técnico de saúde independentemente da idade, raça, sexo...
- ✓ Corrigir ou reprender o que estiver errado e encorajar aquilo que estiver correcto.
- ✓ Evitar o medo no sector de saúde.
- ✓ Reconhecer a exiguidade do pessoal técnico e encorajar os jovens a optar pelo ramo de saúde, pela nobreza e não pelo dinheiro.
- ✓ Convidar periodicamente a uma reflexão, o utente (com certa responsabilidade de carácter social), o servidor de saúde, juntamente com os que cuidam do nosso nascimento, da morgue e coveiros, para saber se o profissional de saúde tem estado a levar a sério a nobreza da sua missão.
- ✓ Orar regularmente pelos que velam pela saúde; 12 de Maio orar pelos enfermeiros e em 18 de Outubro pelos médicos.

2.1.3 INTERVENÇÕES DA PLATEIA E RESPOSTAS:

- A selecção e recrutamento dos candidatos aos cursos de saúde é um problema mundial. Os testes vocacionais para futuros profissionais de saúde não são suficientes. Qual é a experiência do Brasil em termos de critérios de selecção.
- Existem números que indicam que alguns médicos dos distritos poderiam realizar tarefas móveis. Ex.: Fazendo capacitação para parteiras.
- O Diploma Ministerial produzido a 17 anos atrás, tem um grande resultado histórico, porém, já não é aplicável e pode ser usado como documento de referência. Regista-se actualmente um aumento de cargas de trabalho e houve a introdução do TARV.
- Reforçar a capacidade dos gestores de Recursos humanos para estimar as necessidades de acordo com a carga de trabalho, tendo em conta toda logística (medicamentos, comunicação, supervisão, etc).
- O centro dos cuidados de saúde primários deve ser os distritos.
- Necessidade de regulamentar as instituições privadas para que o perfil de formação esteja ajustada as necessidades do Ministério da Saúde.
- Descentralização dos profissionais de saúde.

- A descentralização da gestão dos centros de saúde pelos municípios e transferência de encargos foi uma boa experiência para Brasil.

CONCLUSÃO:

- ✚ **Necessidade de actualizar o Diploma Ministerial 127/2002, para padronizar a equipa de profissionais no Centro de Saúde Rural Tipo II.**
- ✚ **Redimensionar a força de trabalho da rede primária, tomando em conta o que esta sendo feito nos níveis secundário terciário.**
- ✚ **Redobrar esforços no papel dos Recursos Humanos para a Retenção dos colocados.**
- ✚ **Estimar as necessidades de acordo com a carga de trabalho, tendo em conta toda logística (medicamentos, comunicação, supervisão, etc.**

Para encerrar, o Inspector Geral de Saúde enalteceu a contribuição do Observatório, na materialização de políticas, para uma prestação eficiente de serviços no sistema nacional de saúde.

Felicitou aos painelistas pela riqueza das suas intervenções e por terem aceite e permitido que se realizasse o debate sobre o estado da força de trabalho para a implementação dos cuidados de saúde primários, em 2014 e parabenizou a Direcção de Recursos Humanos por ter congregado diversos tipos de personalidades para este debate. Deste modo deu por encerrado o debate da mesa redonda da IV Conferência anual do Observatório de Recursos Humanos para a Saúde de Moçambique.

3. SESSÕES TEMÁTICAS EM PLENÁRIA

Ainda no decurso desta conferência foram apresentados 5 temas ligados ao Fortalecimento dos Recursos Humanos em Saúde, em sessão paralela, moderada pelo Dr. Moshin Sidat, Director da Faculdade Medicina e Dra. Marcelle Clacquin, Assessora do MISAU/DRH (em representação do Director Nacional de Recursos Humanos), nomeadamente:

- ❖ Impacto do currículo modular, multidisciplinar e baseado nos sistemas do organismo sobre as competências clínicas e níveis de conhecimentos dos

técnicos de medicina geral, apresentado por Gerito Augusto (representante), I-TECH Mozambique.

- ❖ Avaliação da contribuição da formação psicopedagógica contínua de docentes das IDF's na melhoria do processo de ensino-aprendizagem: uma estratégia para a melhoria da qualidade de formação em saúde em Mocambique-2012, apresentado por: Joaquim Wate, I-TECH Mozambique.
- ❖ Programa de Formação em epidemiologia de campo e laboratorial, uma plataforma para o fortalecimento do sistema nacional de saúde, apresentado por Cynthia Baltazar, Instituto Nacional de Saúde.
- ❖ Perfil dos estudantes de medicina da UEM e suas expectativas em relação ao curso e futuro profissional, apresentado por Didier Mugabe, Faculdade de Medicina, UEM.
- ❖ Estratégias para reforçar a capacidade do corpo docente das instituições de formação em saúde, apresentado por Extra Chadreque, CRDS

NOTA: Os conteúdos destes temas podem ser encontrados no ***Livro de Resumos das XV Jornadas de Saúde, 2015.***

4. Exposição

Durante o evento houve também exposição dos trabalhos da DRH/Observatório, composto pelo seguinte material:

- ✓ Relatório Anual da DRH- 2014;
- ✓ Anuário 2013;
- ✓ Informe sobre Nutricionistas, Enfermeiros, Medicina física e reabilitação, Médicos dentistas,
- ✓ Folheto sobre o Observatório de RHS;
- ✓ Fact Sheet;
- ✓ Cartazes das 15 melhores fotos do concurso de fotografia;
- ✓ Mapas sobre a Expansão do TARV;
- ✓ Roll up sobre Missão e Visão do Observatório de RHS;
- ✓ Roll up sobre a IV Conferencia;
- ✓ Roll up sobre cuidados de saude primarios
- ✓ Banner do evento.



Maputo, Setembro de 2015