

Artigo original

Recursos humanos da saúde nos países africanos de língua oficial portuguesa: problemas idênticos, soluções transversais?*

DOI: 10.3395/receis.v4i1.348pt

Inês Fronteira

Enfermeira, mestre em Saúde Pública, doutoranda em Sistemas de Saúde, pesquisadora e docente da Unidade de Sistemas de Saúde, Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
ifronteira@ihmt.unl.pt

Gilles Dussault

Sociólogo, PhD London University, diretor da Unidade de Sistemas de Saúde, Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
gillesdussault@ihmt.unl.pt

Resumo

O presente artigo apresenta a análise situacional dos recursos humanos da saúde (RHS) nos cinco países africanos de língua oficial portuguesa, focando os aspectos quantitativos da força de trabalho. As dimensões privilegiadas são a composição ocupacional, demográfica e a distribuição por nível de cuidados e por zona geográfica. Discutimos os temas da formação dos RHS, políticas relevantes e gastos relacionados. A metodologia consistiu em inventariar os documentos relevantes sobre o tema. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um formulário. Procedeu-se à síntese da informação disponível de acordo com uma estrutura única de modo a tornar possíveis as comparações. Cada um dos países reviu e comentou os dados. Os resultados apontaram que os sistemas de informação sobre RHS eram poucos e o número de profissionais de saúde por habitante eram baixos; a distribuição dos RHS era altamente assimétrica; a capacidade de produção de RHS era baixa e dependente da ajuda externa. A gestão de RHS era deficitária, centralizada e ditada pelas regras da administração pública, conferindo pouca flexibilidade. Conclui-se que os problemas são comuns e passíveis de serem abordados de forma conjunta através de quatro eixos estruturantes: desenvolvimento de sistemas de informação, troca de experiências que melhorem o desempenho dos RHS, desenvolvimento da capacidade de gestão e fortalecimento da capacidade de mobilização dos recursos financeiros.

Palavras-chave

recursos humanos em saúde; países africanos de língua oficial portuguesa (Palop); planejamento e administração em saúde; educação/capacitação de profissionais em saúde

O presente artigo tem como objetivo fazer o retrato geral e comparativo da força de trabalho em saúde nos cinco Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop), tratando principalmente da sua composição (número, categorias ocupacionais, e estrutura demográfica), da sua distribuição (geográfica e por nível

de serviços), da formação dos trabalhadores e das políticas relevantes.

É reconhecida a importância dos recursos humanos da saúde (RHS) para o desempenho dos sistemas de serviços de saúde (DUSSAULT & DUBOIS, 2003), para a qualidade do atendimento e para o cumprimento dos Objetivos

*Este artigo resulta do Projeto de Apoio ao Desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde dos Palop da Comissão Europeia, em colaboração com a OMS (Genebra).

Os autores agradecem a Mario R. Dal Poz, Norbert Dreesch e Regina Ungerer (OMS-Genebra), Yolanda Estrela (OMS Cabo Verde), Maria Augusta Biai (OMS Guiné Bissau) e Hilde de Graeve (OMS Moçambique) pela sua colaboração na elaboração do relatório final; a Clotilde Neves pela redação da monografia sobre a Guiné Bissau, a Moshin Sidat pela redação da monografia de Moçambique, a Rosa Silva pela redação da monografia de Cabo Verde e a Cátia Guerreiro pela colaboração na redação das monografias de Angola e de São Tomé e Príncipe e a Marina Moricci pela adaptação do manuscrito ao português do Brasil.

de Desenvolvimento do Milênio (JLI, 2004, OMS, 2006) relacionados à saúde (ODM 4 – Reduzir a mortalidade infantil; ODM5 – Melhorar a saúde materna; ODM6 – Combater o HIV/aids, a malária e outras doenças) (UNITED NATIONS, 2008).

O déficit de RHS é global. Porém é mais agudo na África subsaariana, onde a magnitude do problema já atingiu níveis críticos. De acordo com o *Relatório Mundial da Saúde 2006* existe um déficit global de aproximadamente 4,3 milhões de trabalhadores de saúde, principalmente médicos, enfermeiras e parteiras (OMS, 2006). Segundo a OMS, dos 57 países que enfrentam uma crise dos RHS, 36 são africanos. Três dos Palop (Moçambique, Angola, e Guiné Bissau) estão entre os mais afetados.

Os países vêm desenvolvendo planos e estratégias para o desenvolvimento dos RHS. No entanto, todos enfrentam grandes desafios na implementação desses planos. Alguns destes planos já estão desatualizados e necessitam de revisão. Por outro lado, é necessário analisar a sua exequibilidade, assim como a capacidade operacional, financeira, política e técnica dos países para a sua concretização.

Após o alerta lançado pela OMS, as agências de financiamento internacionais colocaram o fortalecimento dos RHS como prioridade na sua agenda. Por exemplo, a Comissão Européia adotou um *Programa de Ação Europeu para enfrentar a crise dos trabalhadores de saúde nos países em desenvolvimento, 2007-2013* [COM 2006/870], que financia o apoio à melhoria da capacidade nacional e regional dos Palop para o desenvolvimento dos RHS (Projeto CE/PIR-Palop), em parceria com a OMS (Brazzaville e Genebra).

Como atividade inicial desta colaboração, propôs-se a revisão da situação dos RHS nos Palop, assim como das políticas, estratégias, planos de ação e níveis de execução já existentes de modo a proporcionar um mapa e um inventário dos recursos disponíveis e da situação atual. Este inventário serviu de base para a identificação das necessidades de intervenção, de forma a melhorar a capacidade nacional e regional para o desenvolvimento dos RHS.

O presente artigo apresenta a análise situacional dos RHS nos Palop, focando os aspectos mais quantitativos da força de trabalho. As dimensões privilegiadas são a composição ocupacional (*stock* por categorias de trabalhadores), demográfica (sexo, idade), e a distribuição por nível de cuidados e por zona geográfica. Adicionalmente, discutimos, brevemente, os temas da formação dos RHS, das políticas relevantes e dos gastos relacionados.

Em trabalhos futuros, será necessário cobrir dimensões

como as competências através da observação da produtividade, e da qualidade técnica da produção de serviços e da sua orientação para o cliente, como respeito pela dignidade humana, autonomia e confidencialidade.

Materiais e métodos

O trabalho abrangeu os cinco Palop: Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe. Consistiu em inventariar os documentos relevantes (planos de RHS, políticas, estratégias, relatórios de investigação) através de pesquisa na internet e do contato direto com os Ministérios da Saúde e os representantes da OMS em cada um dos países bem como na sede, em Genebra. A pesquisa de indicadores foi feita também recorrendo a bases de dados disponíveis *on-line* da OMS, Nações Unidas e Banco Mundial.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um formulário criado pelos investigadores e baseado em guias de análise de situação dos recursos humanos (BOSSERT et al., 2007) e de sistemas de informação em saúde (HEALTH METRICS NETWORK, 2008). A estrutura do formulário foi elaborada buscando a caracterização, comum aos cinco países, da situação dos recursos humanos e do sistema de informação sobre saúde. Após a coleta dos dados, procedeu-se à síntese da informação disponível para cada país, de acordo com a estrutura única definida, de modo a tornar possíveis as comparações. Foram, deste modo, identificados problemas e lacunas de informação que permitiram sintetizar, para os cinco Palop, comentários e indicações a respeito das políticas prioritárias e das necessidades de informação.

Foi solicitado a cada um dos países que revisasse e comentasse os dados apresentados.

Resultados

O *stock* de trabalhadores dos RHS

Stock refere-se ao número total de trabalhadores que compõem os recursos humanos de saúde e inclui trabalhadores qualificados ativos e não ativos, trabalhadores não qualificados ativos e não ativos, e prestadores informais de cuidados (Tabela 1).

Verificou-se que em nenhum dos países existiam informações completas para descrever inteiramente o corpo de trabalhadores, nem a dinâmica da sua evolução. Tal sucedia não só por não existirem dados nas bases de dados internacionais mas também nas bases de dados no país. Tipicamente, faltavam dados sobre trabalhadores da saúde no setor privado, trabalhadores da saúde

Tabela 1 - Composição do corpo de trabalhadores de recursos humanos da saúde

O corpo total de trabalhadores em saúde inclui as seguintes categorias	
Trabalhadores qualificados ativos	- Os que têm emprego <ul style="list-style-type: none"> . que prestam serviços de saúde . que prestam outros serviços No setor da saúde: Num outro setor.
	- Os que estão dispostos a trabalhar mas não têm emprego
Trabalhadores qualificados não ativos	. Aposentados . Saíram do mercado (doença, não querem trabalhar) ou nunca entraram
Trabalhadores não-qualificados ativos	- Os que têm emprego <ul style="list-style-type: none"> . que prestam serviços de saúde . que prestam outros serviços No setor da saúde: Num outro setor.
	- Os que estão dispostos a trabalhar mas não têm emprego
Trabalhadores não-qualificados não ativos	. Aposentados . Saíram do mercado (doença, não querem trabalhar)
Prestadores informais	Pessoas sem qualificação reconhecida e que prestam serviços fora das instituições formais: parteiras tradicionais, vendedores de medicamentos, curandeiros, entre outros.

Fonte: DUSSAULT, G.; FRONTEIRA, I. (Coord). "Análise dos Recursos Humanos da Saúde (RHS) nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop)". Projecto de Apoio ao Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde nos Palop. Genebra, 2009.

Tabela 2 - Número por categoria de recursos humanos da saúde por 10 000 habitantes nos cinco Palop de acordo com o ano mais recente disponível

Indicador	Angola	Cabo Verde	Guiné Bissau	Moçambique	STP
Médicos/10000 hab.	0,008 (2004)	4,5 (2006)	0,98 (2007)	0,44 (2006)	5,0 (2004)
Enfermeiros /10000 hab	0,119 (2004)	9,3 (2006)	5,78 (2007)	2,20 (2006)	19 (2004) **
Parteiras /10000 hab	0,43 (1997)	ND	1,37 (2007)	ND	ND
Técnicos de laboratório /10 000 hab	0,0144 (2004)	ND	1,03 (2007)	0,43 (2006)	3 (2004)
Farmacêuticos /10 000 hab	0,021 (1997)	<1* (2006)	0,15*** (2007)	0,41 (2006)	2 (2004)
Outro pessoal qualificado /10 000 hab	0,002 (2004)	ND	ND	ND	31 (2004)
Rácio enfermeiros para médicos	16,9 (2004)	2,0 (2006)	6,70 (2007)	5,0 (2006)	2,92 (2000)
Percentagem de médicos estrangeiros	23,2 (2003)	16	ND	30,8 (2006)	ND
Rácio de RHS não-qualificados/ qualificados	ND	ND	0,40 (2007)	0,47§	ND

Fonte: DUSSAULT, G.; FRONTEIRA, I. (Coord). Análise dos Recursos Humanos da Saúde (RHS) nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop). Projecto de Apoio ao Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde nos Palop. Genebra, 2009.

LEGENDA: ND – Dado não disponível. (*) Pessoal de farmácia; (**) Inclui parteiras; (***) Técnicos de farmácia; (§) Consideraram-se como qualificados os RHS com nível de formação superior, média e básica e não qualificados os com formação elementar ou outra.

qualificados que não trabalhavam no setor da saúde, ou que trabalhavam no setor da saúde mas não prestavam serviços clínicos.

Também eram escassas as informações sobre os trabalhadores da saúde não qualificados e sobre os menos numerosos, como os técnicos de laboratório ou os farmacêuticos, entre outros. Também não foram encontrados dados concretos sobre os trabalhadores “informais” (parteiras tradicionais, vendedores de medicamentos e curandeiros, por exemplo).

Os dados encontrados também não permitiram caracterizar a evolução do *stock*, ou seja, dos fluxos de entradas (recém-graduados, imigrantes, retorno de profissionais com licenças de curta e longa duração, contratos) e saídas (licenças temporárias, saídas do setor da saúde, reformas, emigração, doenças e morte) (VUJICIC & ZURN, 2006; KOBER & VAN DAMME, 2006; DUSSAULT & VUJICIC, 2008)

Os dados disponíveis versavam sobre as principais categorias de trabalhadores com qualificações reconhecidas. Por exemplo, em nenhum dos países se encontraram dados sobre técnicos de medicina, outros profissionais de enfermagem que não enfermeiros ou parteiras.

Embora se tivesse tentado, para todos os países, obter os dados relativos ao ano mais recente, este variou significativamente de país para país e dentro de cada país de indicador para indicador (Tabela 2).

De uma maneira geral, o número de profissionais de saúde por habitante era baixo, demonstrando a escassez existente. Tomando por referência os 2,28 trabalhadores de saúde qualificados por 1.000 habitantes ou os 2,5 trabalhadores qualificados por 1.000 habitantes, indicados pela OMS (2006) ou pela Joint Learning Initiative (2004), respectivamente, como mínimo para assegurar o acesso aos serviços de base em relação aos ODM, nenhum dos cinco países alcançava este patamar, ficando todos muito aquém.

Ainda é importante realçar que embora a percentagem de médicos estrangeiros só estivesse disponível para Angola, Cabo Verde e Moçambique, era bastante alta, ilustrando uma provável dependência de ajuda externa para suprir as necessidades destes profissionais.

Para fins de previsão das necessidades de pessoal e de planejamento em geral, é importante ter dados sobre a estrutura demográfica da força de trabalho. Por exemplo, a previsão das aposentadorias é essencial para se obter a informação sobre as necessidades de substituição dos indivíduos que cessam atividade. Estes dados apenas foram encontrados para Cabo Verde e Moçambique e diziam respeito à proporção de médicos e enfermeiros com mais de 50 anos. Em Moçambique os números atingiam os 16 e

os 22%, respectivamente. Em Cabo Verde, as percentagens eram inferiores: 4,2% dos médicos e 0,25% dos enfermeiros tinham mais de 50 anos de idade.

A proporção de homens para mulheres é, também, um dado importante em análises como a distribuição geográfica do pessoal de saúde (as mulheres tendem a concentrar-se nas zonas urbanas). No entanto, verificou-se que esta informação apenas estava disponível para a Guiné-Bissau onde se constatou uma masculinização da profissão médica e uma feminização da profissão parteira.

Relativamente à distribuição geográfica dos RHS, verificou-se a existência de grandes desequilíbrios entre as regiões dos países para os quais existiam dados disponíveis (não foram encontrados dados sobre São Tomé e Príncipe). Em Angola, em 2002, por cada médico em Uíge, Kwanza Sul existiam 13 médicos em Luanda. Este diferencial era ainda mais elevado em Moçambique; em 2007, por cada médico na província com menor densidade de médicos existiam 23,5 médicos na província com maior densidade. Em Cabo Verde e na Guiné Bissau esta assimetria era menos gritante, com um rácio densidade mais elevada para densidade mais baixa de médicos por região 8,1 e 6,37, respectivamente.

As assimetrias regionais na densidade de enfermeiros eram mais marcadas no caso dos enfermeiros guineenses (em 2007, por cada enfermeiro em Bolama existiam cerca de 12 em Bafatá) e angolanos (por cada enfermeiro em Uíge, Kwanza Sul existiam 5,2 em Namibe)

Formação de trabalhadores em saúde

A renovação e a expansão do corpo de trabalhadores da saúde qualificados dependem da capacidade do sistema de educação para formar graduados com um determinado conjunto de competências para lidar com as prioridades da área da saúde.

A informação sobre a formação de trabalhadores da saúde (número de graduados, número de vagas, entre outros) foi, para a generalidade dos países, a mais difícil de encontrar. Acredita-se que isto esteja associado ao fato de se tratar de uma área híbrida onde os Ministério da Saúde e da Educação se cruzam e onde as dificuldades decorrentes de sistemas de informação pouco desenvolvidos ou inexistentes se tornam mais visíveis.

Denotou-se uma capacidade limitada para formar RHS seja porque não existiam estruturas de ensino, seja porque estas não conseguiam formar turmas todos os anos, produzindo recursos com regularidade não anual.

De acordo com dados de 2008 existiam três faculdades de Medicina em Moçambique: em Maputo, na Beira e em

Nampula. Esta última iniciou o primeiro curso em 2007 com 60 alunos. Entre 1975 e 2007 foram formados, pela faculdade de medicina de Maputo 817 médicos. Estima-se em 100 a média de médicos formados por ano pelas instituições universitárias nacionais de Moçambique (FERRINHO et al., 2008). Relativamente a Moçambique foi ainda possível apurar que se tinham formado, em 2005, 120 farmacêuticos e 26 técnicos de medicina.

Angola, por seu lado, possuía cerca de 18 instituições de ensino de profissões de saúde espalhadas pelo seu território e encontrava-se numa fase de expansão quer das escolas técnicas quer das faculdades de medicina, numa tentativa de descentralizar a formação e contribuir para a fixação de profissionais de saúde em zonas remotas.

Na Guiné Bissau existia uma faculdade de medicina que, em 2006, tinha formado 10 médicos e em 2007, tinha 139 alunos inscritos. Quer Cabo Verde quer São Tomé e Príncipe confiavam a formação dos seus médicos a outros países, opção com importantes implicações, por exemplo, em relação ao retorno dos novos graduados (DODANI & LAPORTE, 2005).

Cabo Verde possuía, ainda, três faculdades/escolas de enfermagem e tinha formado, em 2005, 100 enfermeiros. Em São Tomé e Príncipe existia uma faculdade/escola de enfermagem mas não foi possível saber quantos profissionais formara. Na Guiné Bissau tinham-se formado, em 2006, 62 enfermeiros. No mesmo país estavam inscritos, em 2008, 253 alunos no curso de enfermagem geral e 82 na licenciatura de enfermagem. Contudo, quer num caso quer noutra, não se perspectivava a abertura de novas vagas (FRONTEIRA et al., 2007).

Gastos com RHS e condições de trabalho

A proporção do orçamento público de saúde alocada em despesas de pessoal variava muito de país para país, dependendo da importância de outras despesas (medicamentos, infraestruturas) e da existência de disponibilidade de outras fontes para cobrir tais despesas. Esta proporção estava perto do total do orçamento público para a saúde na Guiné Bissau, era de 70% em Cabo Verde, de 45% em Moçambique e de 38% em Angola. Vale salientar, ainda, que em alguns países, como a Guiné-Bissau, existia uma forte dependência da ajuda externa para garantir o orçamento público da saúde (FRONTEIRA et al., 2007, FERRINHO et al., 2008). É difícil interpretar estes dados sem analisar a despesa total e o conjunto dos fluxos financeiros em saúde, assim como os processos de elaboração das contas nacionais de saúde, o que ainda não

é feito sistematicamente nos Palop.

O financiamento é um dos fatores mais influentes na configuração da força de trabalho na área saúde. Esta influência faz-se sentir ao nível do pagamento dos salários e de outros indicadores não salariais necessários à eficiência do sistema de saúde. Aliás, uma reflexão profunda sobre este tema deverá incluir uma análise dos incentivos não salariais, uma vez que tal abordagem permite a identificação de incentivos financeiros mais eficientes na consecução dos objetivos em termos de força de trabalho.

Há pouca informação quantitativa atualizada sobre as condições de trabalho, como os salários e outros benefícios (seguros, pensões) e subsídios que compõem a remuneração total, os benefícios não financeiros (roupa, alimentação, transporte, alojamento, profilaxia em relação à exposição ao HIV e outros riscos) e sobre a existência de incentivos para trabalhar em zonas difíceis. Os dados disponíveis (Angola, Cabo Verde e Moçambique) indicavam variações importantes entre os salários dos médicos e dos enfermeiros sendo que, na generalidade, os primeiros ganhavam o dobro ou mais que os segundos. Um estudo realizado em Moçambique e na Guiné Bissau veio também demonstrar que as despesas com os salários dos trabalhadores da saúde tendem a aumentar enquanto que o financiamento interno e externo tende a manter-se constante (TYRREL et al., 2010). Em 2007, na Guiné Bissau, o total do orçamento público com a saúde era equivalente ao total de despesas com os recursos humanos da saúde (FRONTEIRA et al., 2007). Seria importante documentar práticas de trabalho existentes nos setores público e privado, de emprego múltiplo, os níveis de satisfação com as condições de remuneração, o pagamento em dia dos salários e dos subsídios, os mecanismos de progressão na carreira, de promoção, de acesso a formação continuada e a disponibilidade de ferramentas básicas de trabalho. Esta informação é importante, na medida em que está relacionada aos fatores que influenciam o desempenho dos trabalhadores, tanto em termos de produtividade, como na qualidade do serviço prestado.

Políticas e gestão dos RHS

Não é possível, sem estudos empíricos, saber o grau de implementação das políticas, nem a sua eficácia. O mesmo se passa em relação à utilização das ferramentas de gestão. Todos os Palop tinham, ou estavam preparando, um plano de desenvolvimento dos RHS. O grau de formalização das políticas gerais e específicas (remuneração, formação, distribuição geográfica) era variável. As ferramentas de

gestão variavam, igualmente, de país para país, tendo, ainda, algumas lacunas sérias. Por exemplo, apenas na Guiné Bissau e em Moçambique se conheciam as previsões de crescimento da formação e recrutamento de trabalhadores da saúde e o cenário fiscal de médio prazo, por seu lado, era apenas conhecido em Moçambique.

Moçambique tinha adotado, recentemente, um plano de desenvolvimento dos RHS para o período 2008 a 2015, que incluía previsões de aumento da força de trabalho em função das necessidades associadas aos ODM, bem com uma estimativa dos custos de implementação das metas a serem atingidas. Com esta informação o Governo de Moçambique podia, por um lado, estimar a parcela de despesas com RHS que poderia cobrir, e por outro, o valor restante, que representaria o encargo dos parceiros financeiros comprometidos na ajuda ao país, de forma a fortalecer a capacidade do sistema de serviços de saúde. Neste sentido foi realizado em 2009 uma consultoria internacional de custeamento e previsão dos custos com a formação e com a remuneração e incentivos dos trabalhadores da saúde (TYRREL et al., 2010).

A qualidade do desempenho do sistema depende do desempenho dos trabalhadores da saúde, que, por sua vez, depende de uma gestão efetiva dos RHS. As decisões, nomeadamente as referentes a recrutamento, desligamento e transferências, tendiam a ser feitas, nos cinco países, pelo Ministério da Saúde ou por outro Ministério como o da Administração Pública, portanto, muito frequentemente, de forma centralizada. Isto implicava um déficit de flexibilidade, de atenção às necessidades locais e atrasos na aplicação, sem referir os respectivos gastos de tempo e recursos.

Problemas comuns

Apesar das diferenças significativas existentes entre os Países, no que diz respeito aos indicadores sócio-demográficos, epidemiológicos, administrativos e econômicos, existem problemas comuns a todos eles. Uma lista indicativa inclui o corpo de trabalhadores, a educação, a distribuição geográfica, as condições de trabalho e desempenho, as políticas e a gestão e o financiamento.

Todos os países têm déficits consideráveis de pessoal qualificado em todas as categorias. Se considerarmos as necessidades de saúde das populações, as categorias com maior déficit são os médicos, os farmacêuticos, os técnicos e as parteiras. O número de enfermeiros tende a crescer, mas é ainda insuficiente para garantir uma cobertura da população inteira.

Existe uma dependência excessiva dos médicos

estrangeiros, o que cria problemas potenciais de sustentabilidade do acesso aos serviços, para além dos problemas associados às diferenças culturais entre médicos e pacientes.

A emigração dos profissionais mais qualificados parece ser importante em termos quantitativos. Num contexto de falta de profissionais, cada perda para outro país é relevante.

As perdas de trabalhadores qualificados, resultantes de aposentadorias de indivíduos com mais de 50 anos, saídas da prática clínica para exercício de funções administrativas, saídas para organizações não-governamentais ou agências internacionais, para trabalhar fora do setor da saúde, ou por doença ou morte precoce, não estão convenientemente documentadas, embora aparentem afetar negativamente o número de profissionais de RHS.

Em relação à educação dos RHS verificou-se que, a respeito dos médicos, dois países (Cabo Verde e São Tomé e Príncipe) não têm capacidade autônoma de formação. Nos outros países, a formação atual não é suficiente para a substituição dos médicos que saem e para manter ou aumentar os números correspondentes às necessidades decorrentes do crescimento populacional. Não se conhece completamente a capacidade atual de formação de RHS, quer em termos de infraestruturas e de pessoal docente, quer da capacidade de atração de graduados das escolas do ensino pré-universitário. Não há mecanismos de monitoramento e avaliação da qualidade dos processos formativos, capazes de acreditação dos cursos. Há variações consideráveis nas estratégias de formação. Por exemplo, a Guiné-Bissau utiliza estratégias baseadas em resolução de problemas, com uma forte orientação comunitária para formar os médicos; existem universidades, de outros países, que usam estratégias mais "tradicionais".

Todos os países experimentam assimetrias substanciais relativamente à disponibilidade de RHS, particularmente de médicos e outros especialistas, nas zonas urbanas e rurais, o que gera problemas de equidade de acesso aos serviços. Existem estratégias para melhorar a colocação de RHS qualificados nas zonas com necessidades insatisfeitas, mas a eficácia destas não foi, ainda, avaliada.

A remuneração dos RHS no setor público é, em geral, determinada fora do Ministério da Saúde e entendida como insuficiente. Em certos casos, como o de Moçambique, subsídios e outras vantagens melhoram o rendimento total, podendo até dobrar o salário base (TYRELL et al., 2010). Há casos de parceiros internacionais que pagam um suplemento salarial, o que levanta a questão da sustentabilidade da medida.

As ameaças à saúde dos RHS, em termos de exposição a riscos biológicos por falta de proteção adequada, são elevadas e, para além de gerarem problemas de saúde, podem reduzir a atração dos indivíduos para as profissões de saúde, criando problemas de recrutamento.

O acesso a ferramentas básicas de trabalho (medicamentos, equipamentos, informação, entre outros) não está garantido, o que poderá ter 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, por exemplo sob a forma de supervisão, formação contínua, ou de incentivos financeiros e profissionais.

Todos os países adotaram um plano de desenvolvimento dos RHS (Moçambique, Cabo Verde) ou estão em fase de preparação (Angola, Guiné Bissau, São Tomé e Príncipe). Estes planos nem sempre têm o apoio de outros atores críticos para sua implementação (através de mecanismos de coordenação multisetorial), como os Ministérios da Educação, das Finanças ou da Administração Pública.

Nenhum país tem um sistema de informação sobre RHS que disponibilize dados fidedignos e atualizados sobre o conjunto de RHS (todas as categorias, público/privado, em formação, ativos/não-ativos). Não existem sistemas de previsões e de monitoramento da evolução do pessoal de RHS.

A capacidade de gestão é fraca, por falta de programas de formação dos gestores (em nível estratégico e operacional) e de técnicos (análise estatística, demográfica, econômica) no campo dos RHS.

Com as possíveis exceções de Cabo Verde e Angola, os países não têm capacidade financeira para fazer uma expansão rápida dos seus RHS, independentemente dos outros obstáculos. A mobilização de fundos internos e externos vai exigir um esforço considerável de análise da situação atual e de definição precisa das necessidades.

A captação dos recursos financeiros já disponíveis (EU, Global Fund, Gavi, Gates, por exemplo) não é feita num nível ótimo.

Os sistemas de informação em saúde são uma componente determinante de qualquer sistema de serviços de saúde, sendo que os sistemas de informação dos RHS (SIRHS) são parte integrante dos mesmos. Os SIRHS são cruciais para o planeamento eficaz, a formulação de políticas, o diagnóstico do mercado de trabalho, através da análise da oferta e da procura, a avaliação e o acompanhamento das atividades de gestão dos recursos humanos; são igualmente cruciais para a gestão do próprio sistema de saúde, bem como para a investigação e o desenvolvimento.

Verificou-se que em Angola e Cabo Verde a legislação

não fornecia uma estrutura adequada para a informação em saúde. Os Ministérios da Saúde dos cinco países possuíam pouca capacidade instalada em áreas chave das ciências da informação como a epidemiologia, demografia, estatística, tratamento e comunicação de informação. Não existia uma unidade administrativa funcional central no Ministério da Saúde que concebesse, desenvolvesse e apoiasse a coleta, gestão, análise, disseminação e utilização de informação em saúde, incluindo a informação sobre RHS ou a que existia era inadequada.

As ações desenvolvidas para a capacitação de pessoal do sistema de informação em RHS em nível nacional ou regional eram inexistentes ou inadequadas. A tendência era de não existir assistência técnica ao desenvolvimento de *software* de gestão de RHS e mesmo em termos de *hardware* foram identificadas lacunas. Por outro lado, verificou-se que mesmo nos países que tinham uma base de dados (ainda que incipiente) dos RHS, a sua atualização e manutenção era deficitária, na maior parte dos casos por não existirem pessoas para fazê-lo.

Conclusão

As alterações no panorama epidemiológico com a emergência de novas doenças e o agravamento de outras, paralelamente ao compromisso com os ODM, veio trazer novas e maiores pressões sobre os sistemas de serviços de saúde dos países africanos. Em alguns países fragilizados por situações econômicas e políticas (muito) instáveis essa pressão tornou-se ainda mais acutilante exigindo recursos (principalmente humanos) onde já não existiam.

Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe são bastante diferentes. No entanto, a situação dos RHS nuns e noutros não é assim tão diferente. Por um lado todos enfrentam dificuldades pungentes que põem em causa o desempenho do sistema de serviços de saúde. Por outro, a convergência das dificuldades e dos problemas abre um nicho de intervenção conjunta que pode potenciar os (escassos) recursos e capacidades de cada país em direção à resolução da crise dos RHS. A partilha da mesma língua é, também, uma mais valia.

A possível colaboração entre os Países, combinada com a cooperação com agências técnicas internacionais e nacionais, pode abrir caminho para benefícios mútuos em áreas como (1) a construção de sistemas de informação capazes de colocar à disposição das entidades organizadas e dos decisores os dados e informações de que necessitam para definir prioridades e estratégias eficazes de utilização dos RHS; (2) a troca de experiências e lições aprendidas nos esforços de melhorar as competências e o desempenho dos RHS e na identificação das

opções de intervenção (*policy options*); (3) o desenvolvimento da capacidade de gestão dos RHS através da formação dos gestores e do desenvolvimento de ferramentas de gestão; ou (4) o fortalecimento da capacidade de mobilização de recursos financeiros.

Alguns exemplos de colaboração estão já em curso, como é o caso do Centro Médico de Cabo Verde cujo objetivo é ser um centro de formação médica pós-graduada para os países de língua portuguesa e que iniciará a sua atividade formativa já em 2010.

Outra possibilidade é sugerida por Tyrell et al. (2010) relativamente à adoção de ferramentas de custeamento de recursos humanos em saúde comuns que diminuam a dependência de consultorias externas neste aspecto. Paralelamente capacitar-se-iam quadros para este exercício. Estas ferramentas comuns poder-se-iam estender, também, a outras áreas.

Ficou patente que é crucial não só ter um plano de desenvolvimento de recursos humanos que oriente a visão estratégica para o futuro mas uma articulação entre o ministério responsável pela tutela das instituições de ensino e o Ministério da Saúde. Para além disso que, não é só necessário fortalecer os recursos humanos da saúde mas também, e por inerência fortalecer quem os forma.

As agências internacionais e os doadores têm, neste momento, e na maior parte dos países, um papel fundamental no setor da saúde. A perspectiva é que irão continuar a ser essenciais. No entanto, os países devem ponderar e integrar a sua intervenção não só na visão estratégica que têm para o setor da saúde mas também para a que têm para os RHS. É necessário que cada país conheça, exatamente, o peso destas instituições e as consequências de medidas que não tenham sustentabilidade futura.

Referências bibliográficas

BOSSERT, T.; BÄRNIGHAUSEN, T.; BOWSER, D.; MITCHELL, A.; GEDIK, G. **Assessing financing, education, management and policy context for strategic planning of human resources for Health**. Geneva: World Health Organization, 2007.

DODANI, S.; LAPORTE, R.E. Brain drain from developing countries: how can brain drain be converted into wisdom gain? *J R Soc Medicine*, v.98, n.11, p. 487, 2005.

DUSSAULT, G.; DUBOIS, C. A. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Res Health*, vol.1, n.1, 2003.

DUSSAULT, G.; VUJICIC, M. Demand and Supply of Human Resources for Health. In: HEGGENHOUGEN K.; QUAH S. (eds), **International Encyclopaedia of Public Health**, Vol 2. San Diego: Academic Press 2008: 77-84.

FERRINHO, P.; CONCEIÇÃO, C.; MARTINS, J.; TYRRELL, A.; DUSSAULT, G. **Subsídios para um Plano Nacional de Desenvolvimento de RHS 2009-2015**. Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Maio 2008 (não publicado)

FRONTEIRA, I.; DUSSAULT, G.; FERRINHO P. **Avaliação Final da Implementação e Execução do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2003-2007 da República da Guiné-Bissau** (Contrato nº10/PNDS/2007). Guiné-Bissau, 2007 (não publicado)

HEALTH METRICS NETWORK. **Assessing the national health information system: a assessment tool**: Version 4.00, Geneva: World Health Organization, 2008.

JLI-JOINT LEARNING INITIATIVE. **Hum Res for Health: Overcoming the Crisis**. Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 2004.

KOBER, K.; VAN DAMME W. Public sector nurses in Swaziland: can the downturn be reversed? *Hum Res Health*, vol. 4, n.13, 2006.

OMS-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, **Relatório mundial da saúde 2006: Trabalhando Juntos Pela Saúde**. Genebra: OMS, 2006. Disponível em: www.who.int/eportuguese/relatorio_m_saude_2006.pdf. Acessado em: 3 dez., 2008.

OMS-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE **ePORTUGUÊSe**. OMS, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/en/>. Acessado em: 3 nov., 2008.

UNITED NATIONS. Millenium Development Goals: end poverty by 2015. United Nations, 2008. Disponível em <http://www.un.org/millenniumgoals/>. Acessado em: 27 jan., 2008.

VUJICIC, M.; ZURN, P. (2006). The dynamics of the health labour market. *Intern J Health Plan Management*, vol. 21,n.2, p.101-115, 2006.

TYRELL A.; RUSSO G.; DUSSAULT G.; FERRINHO P. Costing the scaling-up of Human resources for health: lessons from Mozambique and Guinea Bissau. *Hum Res Health* (in press).