



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE 2016-2025

FINAL

Novembro de 2016

Informação Técnica

Título	Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde
Financiamento	A COOPERAÇÃO BELGA PARA O DESENVOLVIMENTO 
Consultoria	 EUROSIS consultoria e formação em gestão
Data	1 de Novembro de 2016
Número de páginas	151 (excluindo anexos)

Lista de Acrónimos e Abreviaturas

Termos	Descrição
AD	Avaliação de Desempenho
AGR	Crescimento Médio Anual (<i>Annual Growth Rate</i>)
APE	Agentes Polivalentes Elementares
AT	Assistência Técnica
CDC	Center for Disease Control
CRDS	Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário
CS	Centro de Saúde
CSRT1	Centro de Saúde Rural do Tipo 1
CSRT2	Centro de Saúde Rural do Tipo 1
CSU	Centro de Saúde Urbano
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DP	Desvio Padrão
DPS	Direcção Provincial da Saúde
DRH	Direcção dos Recursos Humanos (do MISAU)
e-CAF	Sistema Electrónico de Cadastro de Agentes e Funcionários de Estado
EGPAF	Elisabeth Glazer Pediatric Aids Foundation
ERDAP	Estratégia de Reforma e Desenvolvimento da Administração Pública
ESG	Ensino Secundário Geral
e-SIP	Sistema de Informação de Pessoal
ESMI	Enfermeira de Saúde Materno Infantil
FC	Formação Contínua
GHWA	Global Health Workforce Alliance
GoM	Governo de Moçambique
GRH	Gestão de Recursos Humanos
HC	Hospital Central
HCM	Hospital Central de Maputo
HD	Hospital Distrital
HP	Hospital Provincial
HR	Hospital Rural
IdF	Instituição de Formação
IES	Instituição de Ensino Superior
IMEPS	Instituto Médio Politécnico de Saúde
IMT	Instituto de Medicina Tradicional
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Instituto Nacional de Saúde
IOF	Inquérito ao Orçamento Familiar
I-TECH	International Training and Education Centre for Health
JHPIEGO	John Hopkins University PHIEGO
MAEFP	Ministério da Administração Estatal e Função Pública

Termos	Descrição
MCTESTP	Ministério da Ciência, Tecnologia, Ensino Superior e Técnico Profissional
MEF	Ministério de Economia e Finanças
MISAU	Ministério da Saúde
MO	Mudança de Carreira / Ocupação
OE	Orçamento do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
OR	Outros Regimes (também designados por Profissionais de Suporte)
ORHS	Observatório de Recursos Humanos da Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
PES	Plano Económico Social
PESOD	Plano Económico Social e Orçamento do Distrito
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNDRHS	Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde
PPP	Parceria Público Privada
PQG	Programa Quinquenal do Governo
PROSAUDE	Fundo Comum de Apoio ao Sector Saúde (mecanismo do tipo <i>SWAP</i>)
RE	Regime Especial de Saúde (também designados por Técnicos de Saúde)
REMAP	Regulamento do Estatuto dos Médicos na Administração Pública
REO	Relatório de Execução Orçamental
RHS	Recursos Humanos para a Saúde (também designados neste PNDRHS por Profissionais de Saúde ou Técnicos de Saúde)
SDG	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (<i>Sustainable Development Goals</i>)
SDS	Serviços Distritais da Saúde
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
SIFIN	Sistema de Informação de Formação Inicial
SIFo	Sistema de Informação de Formação Contínua
SIGEDAP	Sistema de Gestão de Desempenho na Administração Pública
SMI	Saúde Materna e Infantil
SNGRHE	Sistema Nacional de Gestão de Recursos Humanos do Estado
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
US	Unidades Sanitárias
USD	Dólares Americanos (<i>United States Dollars</i>)

ÍNDICE

PREFÁCIO.....	ix
AGRADECIMENTOS	x
1 SUMÁRIO EXECUTIVO	1
2 INTRODUÇÃO.....	7
3 ENQUADRAMENTO ESTRATÉGICO	8
3.1 PLANO ESTRATÉGICO DO SECTOR SAÚDE 2014-2019 (PESS 2014-2019).....	8
3.1.1 O estado da Saúde	8
3.1.2 Prioridades de Saúde estabelecidas no PESS 2014-2019	9
3.1.3 Objectivos Estratégicos estabelecidos no PESS 2014-2019	9
3.1.4 Fragilidades e orientações para os RHS definidos no PESS 2014-2019.....	10
3.2 PROGRAMA QUINQUENAL DO GOVERNO 2015-2019 (PQG)	12
3.3 OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL	12
3.4 ESTRATÉGIA DA REFORMA E DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA 2012-2025 (ERDAP).....	12
4 ANÁLISE SITUACIONAL DOS RHS	14
4.1 COBERTURA DOS RHS EM MOÇAMBIQUE.....	14
4.1.1 Disponibilidade dos RHS	15
4.1.2 Acessibilidade dos RHS	17
4.1.3 Aceitabilidade dos RHS.....	25
4.1.4 Qualidade dos RHS	28
4.2 VARIÁVEIS EXPLICATIVAS.....	32
4.2.1 Fragilidade nos referenciais estratégicos e operacionais	33
4.2.2 Pressão na quantidade e aumento da oferta do Sector Privado	35
4.2.3 Fraca retenção na área ocupacional e no nível médio.....	38
4.2.4 A limitada capacidade de gestão <i>principalmente</i> a nível local	40
4.2.5 Restrições orçamentais para os RHS	42
4.3 SÍNTESE DA ANÁLISE SITUACIONAL	46
5 QUADRO ESTRATÉGICO.....	47
6 INDICADORES E INICIATIVAS ESTRATÉGICAS.....	49
6.1 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 1: AUMENTAR A DISPONIBILIDADE E EQUIDADE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE COMPETENTES E COM VOCAÇÃO	49
6.1.1 Objectivo Estratégico 1: Indicadores e metas de <i>Outcome</i>	49
6.1.2 Objectivo Estratégico 1: Indicadores, Metas de <i>Output</i> e Iniciativas Estratégicas	50
6.2 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 2: RETER OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA SUA ÁREA OCUPACIONAL, NO NÍVEL MÉDIO E NA REDE PRIMÁRIA	67
6.2.1 Objectivo Estratégico 2: Indicadores e metas de <i>Outcome</i>	67
6.2.2 Objectivo Estratégico 2: Indicadores, Metas de <i>Output</i> e Iniciativas Estratégicas	67
6.3 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 3: ELEVAR O NÍVEL DE SATISFAÇÃO, COMPETÊNCIA E VOCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HUMANIZADOS E DE QUALIDADE	73
6.3.1 Objectivo Estratégico 3: Indicadores e metas de <i>Outcome</i>	73
6.3.2 Objectivo Estratégico 3: Indicadores, Metas de <i>Output</i> e Iniciativas Estratégicas	73

6.4	OBJECTIVO ESTRATÉGICO 4: DAR SUPORTE À IMPLEMENTAÇÃO DE UM RENOVADO ENQUADRAMENTO LEGAL, INSTITUCIONAL E DE GESTÃO DE RHS DO SECTOR.....	87
6.4.1	Objectivo Estratégico 4: Indicadores e metas de <i>Outcome</i>	87
6.4.2	Objectivo Estratégico 4: Indicadores, Metas de <i>Output</i> e Iniciativas Estratégicas	87
7	PROJECCÕES DE RHS E DE FORMAÇÃO.....	94
7.1	MODELO DE PROJECCÃO DE RHS E DE FORMAÇÃO E SUAS LIMITAÇÕES	94
7.2	PRESSUPOSTOS E LIMITAÇÕES PARA A PROJECCÃO DE RHS.....	96
7.2.1	Projecção de crescimento da população	96
7.2.2	Rede sanitária e sua expansão.....	98
7.2.3	Quadro Tipo de Referência para Projecção de RHS.....	99
7.2.4	Outros pressupostos relevantes.....	108
7.3	PROJECCÃO DE TÉCNICOS DE SAÚDE (REGIME ESPECIAL DE SAÚDE).....	108
7.3.1	Priorização dos Técnicos de Saúde <i>vis-a-vis</i> Profissionais de Suporte.....	108
7.3.2	Projecções de técnicos de saúde por tipo de competência	109
7.3.3	Projecções de técnicos de saúde por nível de atenção	114
7.3.4	Projecções de técnicos de saúde por nível académico	118
7.3.5	Projecções de especialistas nacionais e estrangeiros	120
7.3.6	Plano de Contratações de técnicos de saúde	120
7.3.7	Rácios de técnicos de Saúde por Área Ocupacional	122
7.4	PROJECCÃO DE TÉCNICOS DE SAÚDE POR PROVÍNCIA.....	125
7.5	PROJECCÃO DE PROFISSIONAIS DE SUPORTE (PROFISSIONAIS EM OCUPAÇÕES DE OUTROS REGIMES)	126
7.5.1	Projecções de profissionais de suporte por tipo de competência	126
7.5.2	Projecções de profissionais de suporte por nível académico	129
7.6	PROJECCÕES DE FORMAÇÃO DE TÉCNICOS DE SAÚDE	130
7.6.1	Especialização médica	130
7.6.2	Médicos e médicos dentistas	133
7.6.3	Técnicos de saúde de nível médio	134
7.6.4	Formação de promoção (requalificações).....	135
8	ORGANIZAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PNDRHS.....	137
8.1	PRINCIPAIS RISCOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PNDRHS.....	137
8.2	FACTORES CRÍTICOS DE SUCESSO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PNDRHS: UM PLANO ADICIONAL	138
9	EXPRESSÃO FINANCEIRA DO PNDRHS.....	139
9.1	PRESSUPOSTOS DE ORÇAMENTAÇÃO	139
9.1.1	Princípio e abordagem	139
9.1.2	Pressupostos macroeconómicos e de espaço fiscal para os RHS em três cenários	139
9.1.3	Cenário escolhido: médio evolutivo	140
9.1.4	Pressupostos de custeio das despesas com pessoal nacional e estrangeiro	143
9.1.5	Pressupostos de custeio de formação.....	143
9.1.6	Pressupostos de custeio de Assistência Técnica (nível central).....	145
9.2	CUSTO FINANCEIRO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PNDRHS	145
9.2.1	Global	145
9.2.2	Detalhe das Despesas com Pessoal.....	147
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	149
11	ANEXOS.....	152

11.1	METODOLOGIA.....	152
11.2	SUPORTES COMPLEMENTARES DE INFORMAÇÃO	157

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores do Estado de Saúde, Moçambique.....	8
Tabela 2 – Prioridades de Saúde definidas no PESS 2014-2019 endereçadas neste PNDRHS	9
Tabela 3 – Objectivos Estratégicos definidos no PESS 2014-2019 endereçados neste PNDRH	9
Tabela 4 – Orientações aos RHS definidas no PESS 2014-2019 e endereçadas no PNDRHS 2016-2025.....	10
Tabela 5 – Evolução do efectivo de RHS e dos Profissionais de Saúde entre 2007 e 2015	15
Tabela 6 – Evolução dos rácios de RHS e Profissionais de Saúde entre 2007 e 2015.....	15
Tabela 7 – Evolução nas áreas ocupacionais prioritárias.....	16
Tabela 8 – Profissionais de Saúde em 2015.....	16
Tabela 9 – Comparação com rácios de outros países.....	17
Tabela 10 – Crescimento médio do rácio das 10 profissões prioritárias por Província	18
Tabela 11 – Evolução dos rácios de médicos, profissões prioritárias por 100 mil habitantes por Província	20
Tabela 12 – Técnicos de Saúde nas Unidades Sanitárias por Província	22
Tabela 13 – Desvios padrão e amplitude dos rácios do total de 10 profissões prioritárias por Província	24
Tabela 14 – Distribuição de técnicos de saúde e médicos entre as zonas rural e urbana em 2015	24
Tabela 15 – Distribuição de técnicos de saúde e médicos entre o nível primário e os outros níveis de atenção de saúde em 2015	25
Tabela 16 – Género nos profissionais de saúde no final de 2015	27
Tabela 17 – Ocupações de saúde com desequilíbrio de género no final de 2015	27
Tabela 18 – Evolução do nível elementar nos dois regimes entre 2007 e 2014.....	31
Tabela 19 – Evolução estrutura da pirâmide profissional no RE e em OR e crescimento médio anual entre 2007 e 2014	31
Tabela 20 – Sumário da relação entre 5 variáveis explicativas e as 4 dimensões de cobertura	32
Tabela 21 – Nomeações definitivas entre 2012 e 2015	42
Tabela 22 – Contratados por Parceiro (final de 2015)	43
Tabela 23 – Contratados em zonas urbanas e rurais	44
Tabela 24 – Desempenho das províncias nas nomeações definitivas no âmbito da 2ª Campanha do e-SIP Saúde	44
Tabela 25 – Quadro Estratégico do PNDRHS 2016-2025.....	47
Tabela 26 – Objectivo Estratégico 1: Indicadores de <i>Outcome</i> (1 de 2).....	49
Tabela 27 – Objectivo Estratégico 1: Indicadores de <i>Outcome</i> (2 de 2).....	50
Tabela 28 – Objectivo Específico 1.1: Indicadores de <i>Output</i>	50
Tabela 29 – Objectivo Específico 1.1: Plano de Iniciativas Estratégicas	51
Tabela 30 – Objectivo Específico 1.2: Indicadores de <i>Output</i>	55
Tabela 31 – Objectivo Específico 1.2: Plano de Iniciativas Estratégicas	56
Tabela 32 – Objectivo Específico 1.3: Indicadores de <i>Output</i>	62
Tabela 33 – Objectivo Específico 1.3: Plano de Iniciativas Estratégicas	63
Tabela 34 – Objectivo Estratégico 2: Indicadores de <i>Outcome</i>	67
Tabela 35 – Objectivo Específico 2.1: Indicadores de <i>Output</i>	67
Tabela 36 – Objectivo Específico 2.2: Indicadores de <i>Output</i>	68
Tabela 37 – Objectivo Específico 2.3: Indicadores de <i>Output</i>	68
Tabela 38 – Objectivos Específicos 2.1 a 2.3: Plano de Iniciativas Estratégicas.....	69
Tabela 39 – Objectivo Estratégico 3: Indicadores de <i>Outcome</i>	73
Tabela 40 – Objectivo Específico 3.1: Indicadores de <i>Output</i>	73
Tabela 41 – Objectivo Específico 3.1: Plano de Iniciativas Estratégicas	74
Tabela 42 – Objectivo Específico 3.2: Indicadores de <i>Output</i>	78
Tabela 43 – Objectivo Específico 3.2: Plano de Iniciativas Estratégicas	79
Tabela 44 – Objectivo Específico 3.3: Indicadores de <i>Output</i>	81
Tabela 45 – Objectivo Específico 3.3: Plano de Iniciativas Estratégicas	82
Tabela 46 – Objectivo Específico 3.4: Indicadores de <i>Output</i>	83
Tabela 47 – Objectivo Específico 3.4: Plano de Iniciativas Estratégicas	84

Tabela 48 – Objectivo Estratégico 4: Indicadores de <i>Outcome</i>	87
Tabela 49 – Objectivo Específico 4.1: Indicadores de <i>Output</i>	87
Tabela 50 – Objectivo Específico 4.1: Plano de Iniciativas Estratégicas	88
Tabela 51 – Objectivo Específico 4.2: Indicadores de <i>Output</i>	90
Tabela 52 – Objectivo Específico 4.2: Plano de Iniciativas Estratégicas	91
Tabela 53 – Projecções de crescimento da população	97
Tabela 54 – Rede Sanitária no final de 2015 por nível de atenção, tipo e província	98
Tabela 55 – Pressupostos de crescimento da Rede Sanitária (por tipo, por ano).....	98
Tabela 56 – Resumo de número de RHS previstos nos QT por tipo de US.....	99
Tabela 57 – Quadro Tipo de US do nível primário	100
Tabela 58 – Quadro Tipo de US de nível secundário	101
Tabela 59 – Quadro Tipo de US de nível terciário	103
Tabela 60 – Quadro Tipo de US de nível quaternário	105
Tabela 61 – Evolução de RHS por regime.....	108
Tabela 62 – Projecção de técnicos de saúde: sumário de ocupações chave.....	109
Tabela 63 – Projecção de técnicos de saúde: por área ocupacional	110
Tabela 64 – Projecção de médicos especialistas	110
Tabela 65 – Projecção de médicos e médicos dentistas.....	112
Tabela 66 – Projecção de outros técnicos de saúde de nível superior por ocupação	112
Tabela 67 – Projecção de técnicos de saúde de nível médio por ocupação	113
Tabela 68 – Projecção de técnicos de saúde por ocupação: técnicos de nível básico e elementar.....	113
Tabela 69 – Projecção de técnicos de saúde por nível de atenção em ocupações chave	115
Tabela 70 – Projecção de técnicos de saúde por nível de atenção por área ocupacional	116
Tabela 71 – Projecção de RHS por nível académico	119
Tabela 72 – Projecção de técnicos saúde por nível académico.....	119
Tabela 73 – Plano de contratação de técnicos de saúde nacionais e estrangeiros	121
Tabela 74 – Rácios de técnicos de saúde por área ocupacional	123
Tabela 75 – Projecção do rácio nas 10 profissões prioritárias por província, por ano.....	125
Tabela 76 – Projecção de profissionais de suporte por ocupação	127
Tabela 77 – Projecção de profissionais de suporte por nível académico	129
Tabela 78 – Especialistas moçambicanos a graduar por ano	130
Tabela 79 – Médicos e médicos dentistas moçambicanos a graduar por ano	133
Tabela 80 – Técnicos de saúde de nível médio a graduar por ano (MISAU e Sector Privado)	134
Tabela 81 – Formação de promoção (graduados de nível médio para requalificação)	136
Tabela 82 – Factores Críticos de Sucesso para Implementação do PNDRHS e Plano Adicional	138
Tabela 83 – Evolução do OE e Despesas com Pessoal da Saúde entre 2011 e 2015	139
Tabela 84 – Pressupostos de três cenários macroeconómicos, fiscais e de despesas com RHS	140
Tabela 85 – Pressupostos macroeconómicos, fiscais e de espaço fiscal para os RHS do cenário escolhido: cenário médio evolutivo.....	141
Tabela 86 – Salários médios considerados para 2016 (Meticais)	143
Tabela 87 – Pressupostos de custeio de formação	144
Tabela 88 – Pressupostos de Assistência Técnica (nível central DRH).....	145
Tabela 89 – Custo total para a implementação do PNDRHS (Meticais e sumário em USD).....	146
Tabela 90 – Despesas com remuneração de pessoal.....	148
Tabela 91 – Metodologia: detalhe dos passos realizados na elaboração do PNDRHS	153
Tabela 92 – Contratações de médicos especialistas por especialidade	157
Tabela 93 – Contratação de médicos e dentistas	158
Tabela 94 – Contratação técnicos de saúde de nível superior.....	158
Tabela 95 – Contratação de técnicos de saúde de nível médio	159
Tabela 96 – Contratação de profissionais de suporte.....	161
Tabela 97 – Plano de técnicos de saúde para a província de Niassa	162
Tabela 98 – Plano de técnicos de saúde para a província de Cabo Delgado.....	164
Tabela 99 – Plano de técnicos de saúde para a província de Nampula	167
Tabela 100 – Plano de técnicos de saúde para a província de Zambezia.....	170
Tabela 101 – Plano de técnicos de saúde para a província de Tete	173
Tabela 102 – Plano de técnicos de saúde para a província de Manica.....	176
Tabela 103 – Plano de técnicos de saúde para a província de Sofala	178

Tabela 104 – Plano de técnicos de saúde para a província de Inhambane	181
Tabela 105 – Plano de técnicos de saúde para a província de Gaza	183
Tabela 106 – Plano de técnicos de saúde para a província de Maputo Província	186
Tabela 107 – Plano de técnicos de saúde para a província de Maputo Cidade	188

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Correlação positiva entre o número de US e os técnicos de saúde por 100 mil habitantes	23
Figura 2 – Fragilidades ao longo da Cadeia de Valor do processo formativo	28
Figura 3 – Evolução da estrutura da pirâmide profissional (2000, 2007, 2011, 2014 e 2015)	31
Figura 4 – Variáveis explicativas da actual cobertura dos RHS	32
Figura 5 – Evolução do número de Graduados nas IdF do MISAU	36
Figura 6 – Fosso na remuneração bruta entre níveis académicos	38
Figura 7 – Resultado da Avaliação Externa dos Padrões da Gestão dos RHS (Outubro de 2015)	41
Figura 8 – Evolução dos contratados entre 2011 e 2015	43
Figura 9 – Tempo de Espera para Nomeações definitivas	45
Figura 10 – Enquadramento Estratégico e Orientador do PNDRHS 2016-2025	47
Figura 11 – Modelo de Projecção de RHS e de Formação	94
Figura 12 – Proporção de profissionais por regime	109
Figura 13 – Evolução de especialistas nacionais e estrangeiros	120
Figura 14 – Desafio entre necessidades de RHS e um espaço fiscal realista	139
Figura 15 – Evolução de Despesas com RHS e seu financiamento no cenário escolhido	142
Figura 16 – Evolução de Despesas com RHS e seu financiamento no cenário escolhido	152

PREFÁCIO

O Governo de Moçambique está determinado a alcançar os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável. Destes objectivos, o bem-estar, a melhoria do estado de saúde da população e dos determinantes sociais mais relevantes são uma prioridade fundamental, particularmente para o nosso País. Através do Plano Estratégico do Sector Saúde (2014-2019), o Governo de Moçambique reafirma a prioridade de oferecer mais e melhores serviços de saúde e assegurar reformas institucionais no Sector.

Dos meios envolvidos na materialização dos desígnios do Plano Estratégico do Sector Saúde, sobrepõe, pela sua importância decisiva, o factor Humano, que é, quem faz a prestação directa de cuidados de saúde. As pessoas são factores chave para concretizarmos o Objectivo do Programa Quinquenal do Governo de ter um País com uma melhor qualidade de vida para os seus cidadãos.

Um dos grandes desafios que o Sector Saúde enfrenta para a melhoria da equidade e da qualidade dos serviços prestados à população é a escassez dos Recursos Humanos para responder à demanda em crescente. Por outro lado, o sector está ciente da necessidade de melhoria contínua da *Qualidade* dos Profissionais incluindo a revisão dos instrumentos legais, de liderança e de gestão estratégica dos Recursos Humanos da Saúde com vista a responder aos desafios actuais e futuros da Saúde.

Neste contexto, é importante termos uma Visão Estratégica, clara e partilhada com relação aos Recursos Humanos da Saúde. Essa Visão é: **Recursos Humanos para a Saúde competentes, disponíveis, distribuídos de forma equitativa a prestar serviços de qualidade à comunidade.**

Esta Visão necessita de ser alcançada através de objectivos, indicadores e metas de curto e médio prazo. Desta necessidade, surge este Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde para o período 2016-2025.

Este Plano, que possui 10 anos de vigência foi elaborado na base de um reconhecimento das fragilidades do sector como ponto de partida para a mudança. A análise situacional aqui presente, elaborada com base em parâmetros internacionalmente utilizados para caracterizar e explicar a cobertura dos RHS, é base essencial para percebermos *como* estamos e *que* caminhos devemos trilhar.

Este Plano operacionaliza a Visão que temos. Estabelece objectivos gerais, específicos, indicadores e metas. Estabelece 48 Iniciativas Estratégicas de forma assertiva; projecções claras e detalhadas de RHS a nível nacional; bem como um Orçamento que pretende priorizar os Recursos Humanos da Saúde na alocação de fundos dos contribuintes do Estado Moçambicano.

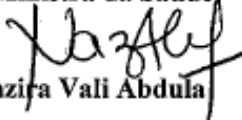
Este Plano prevê mais Profissionais de Saúde, melhor qualificados e equitativamente alocados por todo o país e, portanto, um melhor rácio de cobertura e disponibilidade para os próximos 10 anos. Também, define Iniciativas de Gestão Estratégica dos RHS.

O Ministério da Saúde compromete-se com este Plano. O sucesso da implementação depende do compromisso e esforço concertado de largo número de intervenientes que trabalham em prol da Saúde, nomeadamente: a interveniente chave, a nível Central, Provincial, Distrital; os outros Sectores de Governação do País; os Parceiros de Cooperação; a Sociedade Civil; e o Utente através da sua avaliação dos serviços prestados.

Acreditamos que o resultado agregado do compromisso e esforço de todos, permitirá melhorar os indicadores de Saúde da População Moçambicana.

Maputo, 01 de Novembro de 2016

A Ministra da Saúde


Nazira Vali Abdula

AGRADECIMENTOS

O Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde 2016-2025 é o culminar de um longo processo que iniciou (em Maio de 2015) com a Avaliação do anterior PNDRH 2008-2015.

Sob liderança e coordenação da Direcção Nacional de Recursos Humanos do MISAU (DRH), e através de entrevistas, reflexões individuais e colectivas, grupos de trabalho, workshops e auscultações, este processo contou com envolvimento, participação e contribuição de várias forças que trabalham em prol da Saúde, nomeadamente Direcções Nacionais do MISAU, instituições subordinadas e tuteladas, representações da Saúde a nível provincial e distrital, parceiros de cooperação, e organizações da sociedade civil.

O Ministério da Saúde expressa o seu profundo agradecimento a todos que contribuíram directamente ou indirectamente para o sucesso deste processo e obtenção de um produto que se pretende partilhado e utilizado como ferramenta de gestão estratégica dos Recursos Humanos para a Saúde.

O Ministério da Saúde endereça os seus agradecimentos à Cooperação Técnica Belga (CTB) que financiou a consultoria necessária para a avaliação do anterior PNDRHS e elaboração deste PNDRHS; ao Banco Mundial pelo co-financiamento de despesas logísticas associadas à elaboração deste Plano; ao Grupo de Trabalho de Recursos Humanos que envolve vários parceiros que deram em diferentes momentos contributos para o enriquecimento do PNDRHS; à Jhpiego, Agência Japonesa para a Cooperação Internacional (JICA), Cooperação Espanhola, Elizabeth Glaser Pediatric Aids Foundation (EGPAF) que assessoram directamente a DRH e cuja assistência técnica apoiou o processo de elaboração deste Plano; à Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Center for Disease Control and Prevention (CDC), Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), Cooperação Italiana, Cooperação Irlandesa, Cooperação Canadiana, Médicos Sem Fronteiras (MSF) e outros parceiros que participaram na discussão dos conteúdos do PNDRHS. Em particular, o Ministério endereça os seus agradecimentos à EUROSIS que prestou a consultoria necessária à elaboração do PNDRHS.

A qualidade deste PNDRHS 2016-2025 resulta do amplo processo de consultas e assim, para além dos parceiros já referidos, a Direcção Nacional de Recursos Humanos agradece profundamente aos colegas de nível central, provincial e distrital que participaram em diferentes workshops e grupos de trabalho prestando contributos relevantes e enriquecedores. Agradece ainda a participação e contributo dos colegas de outros sectores do Governo com quem foi harmonizado este Plano.

Finalmente, a DRH reconhece o empenho dos seus gestores e técnicos no processo de elaboração deste Plano reconfirma o compromisso em liderar o processo de implementação com apoio, colaboração, esforço e compromisso de todos os actores internos e externos.

1 SUMÁRIO EXECUTIVO

Introdução. O presente documento constitui o Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (RHS) para o período 2016-2025 (PNDRHS 2016-2025). Este PNDRHS pretende servir como documento orientador e norteador da gestão e do desenvolvimento dos RHS neste período e assim contribuir como um suporte fundamental para o alcance dos objectivos e metas estratégicas do Sector da Saúde em Moçambique.

Metodologia. A elaboração deste documento, entre Novembro de 2015 e Julho de 2016, sucedeu e baseou-se *em parte* nos resultados da avaliação feita à implementação do anterior PNDRHS referente ao período 2008-2015. Adicionalmente, foram realizadas consultas no nível central, provincial e distrital bem como aos parceiros de cooperação por forma a recolher informação chave para definir os objectivos estratégicos para este ciclo de planificação de RHS e priorizar as iniciativas estratégicas a implementar. A elaboração deste documento beneficiou ainda de várias sessões de trabalho e workshops com a Direcção Nacional de Recursos Humanos do MISAU (DRH).

Enquadramento estratégico. Este PNDRHS 2016-2025 e a sua implementação tem em vista contribuir para o alcance das 5 prioridades de saúde definidas no Plano Estratégico do Sector Saúde 2014-2019, nomeadamente reduzir a mortalidade materna e neonatal, reduzir a malnutrição crónica, reduzir o peso das doenças endémicas, sustentar os ganhos na redução da mortalidade em menores de cinco anos e reduzir a tendência progressiva das doenças não transmissíveis e o trauma. Através de maior disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos RHS – em particular dos técnicos de saúde – prevê-se contribuir para estas prioridades e para os 7 objectivos estratégicos definidos no PESS 2014-2019.

Este PNDRHS 2016-2025 projecta ainda cumprir com a meta de 113,3 técnicos de saúde por 100 mil habitantes definida no Programa Quinquenal do Governo para o período 2015-2019.

Os objectivos estratégicos, específicos e as iniciativas estratégicas previstas neste PNDRHS estão também enquadrados na visão estabelecida na Estratégia de Reforma e Desenvolvimento da Administração Pública (ERDAP) 2012-2025, que faz ênfase na *qualidade* dos profissionais, da *proximidade* com o cidadão, da *melhoria da qualidade* dos serviços, no fortalecimento da organização, na cultura de integridade na Administração Pública, na utilização de sistemas de informação e comunicação bem como no acompanhamento e monitoria dos resultados.

Análise situacional dos RHS. A análise situacional dos RHS indica fragilidades nas quatro dimensões largamente utilizadas para caracterizar a cobertura dos RHS bem como em cinco variáveis explicativas. Com relação às quatro dimensões de cobertura, as principais constatações são:

Disponibilidade dos RHS:

- Moçambique viu um crescimento significativo de RHS entre 2006 e 2015. O número de RHS em 2006 era de 25.683 e este número cresceu para 47.833 em 2015, representando um aumento de 86%.
- O défice de técnicos de saúde reduziu entre 2007 e 2015. No final de 2015, Moçambique contava com 25.779 técnicos de saúde, resultando num rácio de 100,2 técnicos por 100 mil habitantes, acima do rácio de 69,2 registado no final de 2007. Os rácios por 100 mil habitantes melhoraram bastante com relação a médicos (4,0 para 7,7), enfermeiros (22,3 para 27) e ESMI (34,2 para 48,31).
- Moçambique continua, no entanto, a estar entre os países do Mundo com os piores rácios de técnicos de saúde por 100 mil habitantes: em Moçambique o rácio de Enfermeiros e ESMI por 100 mil habitantes é de 46,8, bastante abaixo de países como o Quênia (86,3), Zimbábwe (133,5), África do Sul (511,4) ou Brasil (760,1).
- 26% dos médicos actuando no Serviço Nacional de Saúde (SNS) são estrangeiros, significando uma continuada dependência de especialistas estrangeiros.

¹ No caso de ESMI, o rácio é por 100.000 mulheres de 15-49 anos e crianças de 0-5 anos.

Acessibilidade de RHS

- O défice de RHS é bastante agravado pelas iniquidades na sua distribuição: as desigualdades entre províncias aumentaram entre 2008 e 2015. Foi utilizado o desvio padrão como parâmetro no sentido de medir a dispersão dos rácios provinciais em relação à sua média nacional. Os resultados mostram que o desvio padrão teve um crescimento médio anual de 2,4% entre 2007 e 2015.
- Este fenómeno é parcialmente explicado pela não implementação dos planos de colocação de acordo com os critérios definidos. Em 2014, províncias com maiores rácios (Sofala, Maputo Cidade e Maputo Província) receberam mais profissionais do que o previsto no plano de colocação. Por outro lado, províncias com menores rácios (Nampula e Tete) receberam menos profissionais do que o previsto no plano de colocação.
- Em 2015, 4 províncias (Nampula, Zambézia, Tete, Manica e Província) não tinham ainda alcançado um rácio de técnicos de 10 profissões prioritárias superior ao melhor rácio provincial verificado em 2007 (Sofala).
- A iniquidade na distribuição de técnicos de saúde entre províncias pode ser, numa pequena parte, explicada pela iniquidade na cobertura de unidades sanitárias. Existe uma correlação frágil (mas positiva) entre o número de US por 100 mil habitantes e o número de técnicos de saúde por 100 mil habitantes; ou seja, quanto mais US existem por 100 mil habitantes, mais técnicos existem por 100 mil habitantes. Existe, no entanto, bastante potencial de reforço no apetrechamento de Províncias com maior défice (Zambézia e Tete) em termos de técnicos de saúde nas Unidades Sanitárias existentes.
- As desigualdades intra-provinciais (entre Distritos) pioraram em 8 das 11 províncias administrativas. Foi utilizado o desvio padrão como parâmetro no sentido de medir a dispersão dos rácios distritais em relação à sua média provincial. Os resultados mostram que o desvio padrão apenas reduziu em Sofala e Nampula.
- Existe igualmente uma iniquidade significativa na distribuição dos técnicos de saúde entre zona rural e urbana e entre rede primária de atenção e os outros níveis de atenção. A título ilustrativo: existem 176 técnicos de saúde por 100 mil habitantes nas zonas urbanas e apenas 65 nas zonas rurais; existem 12 médicos por 100 mil habitantes nas zonas urbanas e apenas 2 nas zonas rurais.

Aceitabilidade de RHS

- As constatações apresentadas em estudos e pesquisas realizadas no Sector da Saúde permitem concluir que existe ainda bastante fragilidade e um grande espaço de melhoria na aceitabilidade dos profissionais de saúde, em particular na redução de tratamento desrespeitoso e abusivo.
- A título ilustrativo: os Resultados preliminares da Avaliação da Qualidade dos Cuidados Obstétricos Essenciais apresentados na Reunião Nacional de Saúde Materno e Infantil em Dezembro de 2013 mostram que indicadores ainda bastante frágeis no tratamento nas maternidades.
- Uma iniciativa implementada por OSCs na monitoria dos serviços de saúde (financiada pelo Governo Suíço) também mostra prevalência de tratamento desrespeitoso e abusivo em Unidades Sanitárias.
- Ainda que de formal global 54% dos RHS sejam mulheres, existe uma desproporção significativa entre homens e mulheres em algumas ocupações, cujos técnicos de saúde têm um relacionamento próximo ou quase próximo com o utente, nomeadamente técnicos de anestesiologia (75% homens), técnicos de farmácia (70% homens), técnicos de medicina (65% homens), técnicos de medicina preventiva (56% homens), técnicos de odontoestomatologia (69% homens), técnicos de oftalmologia (71% homens) e técnicos de radiologia (80% homens).

Qualidade de RHS

- Existe uma forte e generalizada preocupação em quase todos os stakeholders consultados sobre a qualidade do processo formativo e dos respectivos graduados. Pelo menos sete factores que contribuem para este problema de forma cumulativa na cadeia de valor do processo formativo, nomeadamente: (1) fragilidades no Ensino Secundário Geral; (2) frágil “filtragem” à entrada da IdF; (3) gestores, professores e estudantes das IdF do MISAU não preparados para Formação Modular; (4) relatos de corrupção; (5) frágeis condições nos campos de estágio; (6) inexistência de acreditação externa; (7) inexistência de “filtragem” à entrada do SNS.
- Uma das causas subjacentes a este cenário parece ser a pressão e o foco excessivo na quantidade de pessoas a formar, ainda que compreensível dado o défice de RHS.

- Adicionalmente, não existe em Moçambique qualquer mecanismo de licenciamento e relicenciamento dos técnicos de saúde, que terá certamente influência na qualidade dos mesmos.
- Uma dimensão de qualidade (ainda que discutível) é o nível académico dos RHS. Registou-se no Sector uma redução da proporção dos níveis elementar e básico e um aumento da proporção dos níveis médio e superior. A redução da proporção dos níveis elementar e básico é mais evidente nos técnicos de saúde (regime especial). Efectivamente, nos outros regimes, o número de funcionários de nível elementar cresceu 35% entre 2008 e 2015. Como consequência, o Sector contava com mais de 16 mil funcionários de nível elementar nos outros regimes no final de 2015.

As fragilidades identificadas nas 4 dimensões de cobertura são complementadas e podem também ser explicadas por pelo menos cinco variáveis, nomeadamente: a) a fragilidade nos referenciais estratégicos e operacionais; b) a pressão na quantidade e aumento da oferta do Sector Privado; c) a fraca retenção na área ocupacional e no nível médio; d) a limitada capacidade de gestão principalmente a nível local; e e) restrições orçamentais para os RHS.

Assim, face à Análise Situacional, antes de iniciar um processo de aumento exponencial dos rácios por 100.000 habitantes urge reverter o actual cenário da a) **fraca qualidade** dos Profissionais de Saúde (seja real ou percebida); da **insatisfação** latente nos Profissionais de Saúde de nível básico e médio; da **iniquidade** entre províncias, entre distritos, entre zonas rurais e urbanas; da **desproporção** entre profissionais do Regime Especial e de Outros Regimes; da **frágil capacidade de gestão**, especialmente no nível provincial e local; da **fragilidade nos referenciais** estratégicos e operacionais; da **formação (aparentemente descontrolada)** para o nível Superior; da **escassez orçamental** para os RHS.

Visão para os RHS. A Visão para os RHS em Moçambique é

Recursos Humanos para a Saúde competentes, disponíveis distribuídos de forma equitativa a prestar serviços de qualidade à comunidade.

Objectivos Estratégicos e Específicos. Para o alcance da Visão dos RHS, este PNDRHS define o seguinte quadro de Objectivos Estratégicos e Específicos:

Objectivos Estratégicos	Objectivos Específicos
1. Aumentar a disponibilidade e equidade de profissionais de Saúde competentes e com vocação	1.1 Garantir equidade na distribuição dos RHS
	1.2 Garantir excelência na oferta de quadros para o Sector de Saúde
	1.3 Absorver mais e melhores profissionais de acordo com as necessidades planificadas
2. Reter os profissionais de Saúde na sua área ocupacional , no nível médio e na rede primária	2.1 Garantir a evolução dos profissionais de saúde na sua área ocupacional
	2.2 Reter os profissionais de saúde no nível médio
	2.3 Reter os profissionais de saúde no nível primário de atenção
3. Elevar o nível de satisfação , competência e vocação dos profissionais de Saúde para a prestação de serviços humanizados e de qualidade	3.1 Reforçar a meritocracia e reconhecer o desempenho
	3.2 Fortalecer a ligação entre compensação e desempenho
	3.3 Desenvolver competências de liderança e gestão de pessoas nos gestores do Sector da Saúde
	3.4 Melhorar o nível de competências (incluindo Ética) dos funcionários para prestação de serviços
4. Dar suporte à implementação de um renovado enquadramento legal, institucional e de gestão de RHS do Sector	4.1 Desenhar e implementar reformas com impacto na gestão dos RHS
	4.2 Garantir o uso de informação de RH pelos gestores do Sector de Saúde para a tomada de decisões

Indicadores de Outcome. O nível de implementação dos objectivos estratégicos e específicos deve ser medido pelo nível grau de alcance de indicadores e metas de *Outcome* e de *Output* definidos neste PNDRHS. Os indicadores de *Outcome* para medição do nível de implementação dos objectivos estratégicos são:

Objectivo Estratégico 1: Aumentar a disponibilidade e equidade de profissionais de Saúde competentes e com vocação

Indicadores de Outcome		2015 (Baseline)	Metas	
			2020	2025
RHS	Quantidade	48.733	57.765	64.657
	por 100.000 hab	189,4	197,1	195,0
Técnicos de saúde	Quantidade	25.791	34.391	42.105
	por 100.000 hab	100,2	117,3	127,0
Médicos	Quantidade	1.991	2.691	3.239
	por 100.000 hab	7,7	9,2	9,8
Enfermeiros	Quantidade	6.943	8.998	11.153
	por 100.000 hab	27,0	30,7	33,6
ESMI	Quantidade	5.159	6.488	7.543
	Por 100.000 mulheres de 15-49 anos e crianças de 0-5 anos	48,3	54,1	56,3
Médicos, enfermeiros e ESMI	Quantidade	14.093	18.177	21.935
	por 100.000 hab	54,8	62,0	66,1
Técnicos da área de medicina, enfermeiros e ESMI	Quantidade	19.682	24.885	29.378
	por 100.000 hab	76,5	84,9	88,6
Pessoal das áreas prioritárias	Quantidade	23.638	30.424	36.243
	por 100.000 hab	91,9	103,8	109,3
Índice de satisfação dos utentes dos serviços de saúde com a prestação técnica e humana dos técnicos de saúde	Utilizando o IOF	53%	65%	76%
	Utilizando um instrumento específico a desenvolver	N/A	Gap entre 100% e BL reduzido em 1/4	Gap entre 100% e BL reduzido em 1/2
Desvio Padrão do rácio de profissionais nas profissões prioritárias por cada 100.000 habitantes entre Províncias (com e sem Maputo Cidade)	c/ M. Cidade	43,9	30 ou menos	28 ou menos
	s/ M. Cidade	22,5	20,9 ou menos	19,1 ou menos
Número de Províncias cujo Desvio Padrão no rácio de profissionais nas profissões prioritárias por cada 100.000 habitantes entre Distritos é igual ou menor ao melhor DP observado em 2014 (38,6 – Nampula)		por calcular	6	10
% do OE dedicada às despesas com o pessoal da saúde		2,51%	3,32%	4,13%
Contribuição do OE nas despesas com o pessoal da saúde (mil milhões de Meticals)		5,7	9,0	14,3

Objectivo Estratégico 2: Reter os profissionais de Saúde na sua área ocupacional, no nível médio e na rede primária

Indicadores de Outcome	2015 (Baseline)	Meta	
		2020	2025
% de técnicos de saúde afectos à rede primária	36%	48%	42%
# de solicitações de mudança de carreira (do nível médio do regime especial de saúde para ocupações de nível superior de outros regimes)	por calcular	0	0

Objectivo Estratégico 3: *Elevar* o nível de **satisfação, competência e vocação** dos profissionais de Saúde para a prestação de serviços **humanizados** e de **qualidade**

Indicadores de <i>Outcome</i>	2015 (<i>Baseline</i>)	Metas	
		2020	2025
Índice de satisfação dos profissionais de Saúde	ND	<i>Gap</i> entre 100% e <i>baseline</i> reduzido em 1/4	<i>Gap</i> entre 100% e <i>baseline</i> reduzido em 1/2
Número total de médicos especialistas (dentre os quais moçambicanos)	691 (274)	969 (401)	1.242 (825)

Objectivo Estratégico 4: *Dar suporte* à implementação de um **renovado enquadramento legal, institucional** e de gestão de RHS do Sector

Indicadores de <i>Outcome</i>	2015 (<i>Baseline</i>)	Metas	
		2020	2025
Média nacional da avaliação externa dos padrões de desempenho	54%	75%	85%
% de gestores do SNS de nível local (DPS, SDSMAS e US) que reportam utilizar os Sistemas de Informação para Gestão de Pessoas	N/A	60%	80%

Para além dos indicadores de *Outcome*, este PNDRHS define ainda indicadores de Output para mensuração do nível de implementação dos 12 objectivos específicos definidos.

Iniciativas Estratégicas. Este PNDRHS define 48 iniciativas estratégicas cuja implementação, de forma integrada e sistémica, deverá contribuir para o alcance dos indicadores e metas definidos.

projecção de RHS e de Formação. As projecções de evolução dos RHS traduzem uma clara priorização dos técnicos de saúde (profissionais de ocupações do Regime Especial de Saúde) *vis-a-vis* profissionais de suporte (profissionais de Outros Regimes). Como se pode ver de seguida, projecta-se um crescimento de 33% no total dos RHS. O crescimento previsto para os técnicos de saúde é de 63%.

Regime		Efectivo 2015	Plano										Cresci- mento
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Especial - Técnicos de saúde	Quantidade	25.791	27.394	30.233	32.365	32.849	34.391	35.391	36.913	38.658	40.164	42.105	63%
	%	53%	55%	57%	58%	58%	60%	61%	62%	63%	64%	65%	
Outros – Profissionais de suporte	Quantidade	22.942	22.862	23.275	23.872	23.560	23.374	22.972	22.789	22.734	22.509	22.552	-2%
	%	47%	45%	43%	42%	42%	40%	39%	38%	37%	36%	35%	
Total		48.733	50.257	53.508	56.238	56.409	57.765	58.363	59.702	61.392	62.673	64.657	33%

Prevê-se ainda crescimentos importantes nos Médicos (63%), Enfermeiros (61%) e Enfermeiros de Saúde Materno Infantil (46%). De forma global, os técnicos da área de medicina devem crescer 41%.

Cadre	Necessidades			% de cumprimento			Efectivo 2015	Plano		Cres- cimen- to
	2015	2020	2025	2015	2020	2025		2020	2025	
Técnicos de saúde	49.662	61.400	74.049	52%	56%	57%	25.792	34.391	42.105	63%
Médicos	3.528	4.500	5.274	56%	60%	61%	1.991	2.691	3.239	63%
Enfermeiros	10.988	14.487	18.302	63%	62%	61%	6.943	8.998	11.153	61%
Enfermeiros de SMI	7.993	9.852	11.934	65%	66%	63%	5.159	6.488	7.543	46%
Técnicos da área de medicina	13.414	15.667	17.715	57%	60%	60%	7.580	9.399	10.682	41%

De acordo com as projecções feitas, as áreas ocupacionais de laboratório, farmácia, nutrição, psiquiatria e saúde mental, oftalmologia, radiologia, instrumentação, anestesiologia, cirurgia deverão crescer mais do que 50% (em relação ao efectivo no final de 2015).

Este PNDRHS prevê ainda a inversão do actual cenário de elevada dependência de médicos especialistas estrangeiros, através de um crescimento gradual de especialistas moçambicanos. Assim, as projecções preveem um crescimento do total de médicos especialistas dos actuais 691 (nacionais e estrangeiros) para 1.242 em 2025, dos quais 825 moçambicanos.

Assim, do ponto de vista da formação e integração, prevê-se: a) formar 673 especialistas moçambicanos (76% dos quais deverão graduar entre 2021 e 2025; 30% deverão ser formados no estrangeiro por fraca capacidade formativa de determinadas especialidades no País); b) integrar 1.846 novos médicos de clínica geral a serem formados por Instituições de Ensino Superior públicas e privadas do País; c) graduar e integrar no Sector perto de 20 mil técnicos de saúde de nível médio em formação inicial (prevê-se que o sector privado contribua com pelo menos 15% deste número); d) requalificar 17 mil técnicos de saúde do nível básico e elementar para o nível médio.

Organização para a implementação do PNDRHS. Adicionalmente às 48 iniciativas estratégicas, são definidas 12 Acções num “Plano Adicional” com vista a reduzir o risco de baixa implementação do próprio PNDRHS. Efectivamente, estas 12 Acções têm em vista cumprir com 5 Factores Críticos de Sucesso: a) manter um foco estratégico no Desenvolvimento dos RHS; b) fazer conhecer o PNDRHS a todos os níveis de gestão do Sector; c) assegurar recursos financeiros; d) fortalecer as relações de parceria; e) manter vivo o PNDRHS.

Expressão financeira do PNDRHS. Principais pressupostos do cenário médio evolutivo. Foram desenvolvidos três cenários (pessimista, médio e optimista) para o estabelecer o *limite* de recursos financeiros para as despesas com a remuneração dos RHS. Foi adoptado um **cenário médio evolutivo** que assume dois pressupostos macroeconómicos e fiscais: a) face a factores internos e externos, crescimento moderado do PIB (5%) entre 2016 e 2025; e b) face a uma potencial contenção da despesa pública, o Orçamento do Estado representará um máximo de 36% do PIB entre 2016 e 2025. Este cenário assume ainda dois princípios: a) maior importância e prioridade das Despesas com os RHS na Despesa Pública; b) maior absorção da responsabilidade pelos RHS no Orçamento do Estado e uma redução gradual do financiamento de parceiros no financiamento dos RHS. Assim, assume-se que: a) a % do OE dedicado a Despesas com Pessoal da Saúde vai aumentar gradualmente de 2,51% em 2015 para 4,13% em 2025, significando uma maior importância e prioridade aos RHS no Orçamento do Estado; b) a % de contribuição do OE no total das Despesas com o Pessoal da Saúde irá aumentar de 82,5% (2015 e 2016) para 95,1% em (2025). Consequentemente, o peso dos parceiros irá reduzir de 17,5% (2015 e 2016) para 4,9% (2025).

Custo financeiro do PNDRHS. A tabela seguinte apresenta em milhões de Meticais (10⁶ MT), os custos para a implementação do PNDRHS. A última linha apresenta o contravalor em milhões de USD (10⁶ USD) assumindo um câmbio médio de 60,5 MT em 2016 e uma desvalorização anual do Metical em 10% entre 2017 e 2025.

Tipologia de Despesa		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Remunerações	Despesas com Pessoal nacional no cenário médio evolutivo	6.846	7.428	8.230	9.173	10.098	11.173	11.979	12.953	13.982	15.104
	Descompressão salarial adicional nos técnicos de saúde de nível médio	0	0	0	490	1.257	2.422	4.524	5.077	5.673	6.221
	Médicos especialistas	379	429	511	614	725	829	903	957	1.005	1.053
Formação	Instituições de Formação do MISAU	541	566	591	616	641	675	710	745	779	814
	Especialização médica no País	25	37	55	68	77	86	81	102	112	123
	Especialização médica fora do País	21	32	68	91	114	133	125	163	183	203
Desenvolvimento Estratégico	Assistência Técnica	71	78	86	95	66	72	80	88	81	89
Total	Meticals (10⁶)	7.883	8.569	9.541	11.146	12.977	15.391	18.401	20.085	21.816	23.607
	USD (10⁶)	130,3	128,8	130,3	138,4	146,5	158,0	171,7	170,4	168,2	165,5

2 INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (RHS) para o período 2016-2025 (PNDRHS 2016-2025).

Este PNDRHS pretende servir como documento orientador e norteador da gestão e do desenvolvimento dos RHS neste período e assim contribuir como um suporte fundamental para o alcance dos objectivos e metas estratégicas do Sector da Saúde em Moçambique.

Este Plano está dividido nos seguintes Capítulos:

- **Enquadramento Estratégico** – Neste Capítulo é feito um enquadramento à necessidade de priorizar o desenvolvimento de RHS tendo em consideração os objectivos e metas definidos em outros documentos orientadores do desenvolvimento do Sector da Saúde;
- **Análise Situacional dos RHS** – Este Capítulo dedica-se à apresentação das principais constatações com relação à evolução e estado actual dos RHS;
- **Quadro Estratégico** – Este Capítulo apresenta a Visão para os RHS bem como o Quadro de Objectivos Estratégicos e Específicos;
- **Indicadores e Iniciativas Estratégicas** – Alinhado com o Quadro de Objectivos, este Capítulo apresenta e explica os Indicadores de *Outcome*, de *Output* e as Iniciativas Estratégicas para o período entre 2016 e 2025;
- **projecção de RHS e de Formação** – Este Capítulo apresenta os pressupostos utilizados e as projecções de necessidades, plano (metas de efectivo) e contratações de RHS até ao nível de ocupação entre 2016 e 2025. Apresenta ainda a projecção de pessoas a graduar (em formação inicial e em cursos de promoção) por forma a alcançar as projecções de RHS;
- **Organização para a implementação do PNDRHS** – Este Capítulo apresenta os principais riscos associados à implementação do PNDRHS. Face aos riscos, este Capítulo apresenta os Factores Críticos de Sucesso e um “Plano Adicional” com atividades que tem em vista assegurar uma maior probabilidade de implementação das iniciativas estratégicas previstas e – subsequentemente – alcance das metas definidas;
- **Expressão financeira do PNDRHS** – Este Capítulo apresenta os cenários macroeconómicos e de espaço fiscal discutidos para as projecções de RHS bem como o cenário escolhido. Apresenta igualmente pressupostos específicos associados com RHS (incluindo salários de pessoal nacional e estrangeiro, estimativa de crescimento) e finalmente a estimativa de orçamento requerido para a implementação do PNDRHS.
- **Referências** – O último Capítulo (antes dos anexos) deste PNDRHS é reservado à apresentação da lista de documentos consultados no âmbito no processo de elaboração.
- **Anexos** –
 - *Metodologia*: O processo metodológico seguido para a elaboração do PNDRHS 2016-2025 bem como os fóruns de consulta, participação e discussão são apresentados na primeira parte dos anexos;
 - *Suportes complementares de informação*: Na segunda parte dos anexos são apresentados suportes de informação complementares ao texto principal.

3 ENQUADRAMENTO ESTRATÉGICO

Os RHS devem contribuir para o alcance das metas do Sector. Assim, o planeamento realista do desenvolvimento de RHS deve, tanto quanto possível, ter em consideração os principais objectivos e metas definidos para o Sector em diferentes documentos orientadores.

Assim, este Capítulo *reconhece* fragilidades, objectivos e metas, estabelecidos em documentos orientadores do desenvolvimento do País e do Sector. Este Capítulo *reconhece* ainda recomendações que tenham sido deixadas ao desenvolvimento dos RHS em outros documentadores orientadores para que possam contribuir melhor ao alcance das metas do Sector.

3.1 PLANO ESTRATÉGICO DO SECTOR SAÚDE 2014-2019 (PESS 2014-2019)

3.1.1 O estado da Saúde

No seu Sumário Executivo, o PESS 2014-2019 reconhece que:

“Apesar de avanços assinaláveis, nas últimas décadas, o estado de saúde dos moçambicanos apresenta progressos desiguais: as taxas de mortalidade em crianças menores de cinco anos decresceram substancialmente, em especial na mortalidade infantil, aproximando-se às metas de desenvolvimento do milénio. Todavia, registaram-se progressos mais lentos na mortalidade neonatal, que representa 16% das mortes nesta faixa etária, e nas taxas de mortalidade materna que continuam igualmente altas, com tendência estacionária e influenciadas pelas elevadas taxas de fecundidade. A esperança de vida dos moçambicanos melhorou ligeiramente, mas continua a ser afectada por um perfil epidemiológico dominado por doenças transmissíveis como a Malária, HIV, Tuberculose, e por Doenças Não Transmissíveis. Os elevados níveis de pobreza do País, a desnutrição crónica num contexto de forte insegurança alimentar, baixos níveis de escolaridade das mulheres, fraco acesso a água potável e deficiente saneamento do meio e o reduzido acesso a serviços de saúde de qualidade, constituem os principais determinantes do estado de saúde e peso da doença em Moçambique. Estes problemas afectam sobretudo as mulheres, famílias residentes nas zonas rurais e nas províncias da região norte.”

A evolução dos principais indicadores do Estado de Saúde apresentam-se na tabela seguinte:

Tabela 1 – Indicadores do Estado de Saúde, Moçambique

Indicador	IDS 1997	IDS 2003	IIM 2008	IDS 2011
Esperança de vida ao nascer	42	50.9	-	53.1
TG de fecundidade (filhos)	5.6	5.5	-	5.9
TM Materna (100.000 NV)	690	408	.	408
TM < 5 anos (1.000 NV)	201	178	138	97
TM Infantil (1.000 NV)	135	124	93	64
TM neonatal (1.000 NV)	54	48	-	30
Prevalência de malnutrição crónica (%)	35.9	41	-43	

(fonte: PESS 2014-2019, p. x)

O PESS 2014-2019 reconhece “progressos variados na melhoria do estado de saúde e na redução do peso da doença” bem como uma “distribuição desigual pela população e território nacional” (p. 39).

3.1.2 Prioridades de Saúde estabelecidas no PESS 2014-2019

Dado o contexto do estado da Saúde, o PESS 2014-2019 define 5 prioridades de saúde. A tabela seguinte apresenta a forma como este PNDRHS 2016-2025 responde às 5 prioridades:

Tabela 2 – Prioridades de Saúde definidas no PESS 2014-2019 endereçadas neste PNDRHS

Prioridades de Saúde (PESS 2014-2019)	Forma como a prioridade é endereçada no PNDRHS 2016-2025
<i>Acelerar os progressos na redução da mortalidade materna e neonatal, incluindo a redução das taxas de fecundidade geral</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do crescimento do efectivo de Enfermeiros de Saúde Materno Infantil (ESMI) • Aumento significativo do número de ESMI de nível médio e redução progressiva de ESMI de nível básico • Eliminação de formação no nível básico
<i>Acelerar os progressos na redução da malnutrição crónica</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento significativo do número de técnicos de nutrição no nível primário de atenção • Estabelecimento no <i>Quadro Tipo de Referência</i>² o reforço de técnicos médios de nutrição no nível primário (pelo menos um técnico de nutrição em cada Centro de Saúde Rural do Tipo 2)
<i>Reduzir o peso das doenças endémicas, nomeadamente a Malária, HIV, TB e Doenças Tropicais Negligenciadas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do crescimento do efectivo de Enfermeiros Gerais • Aumento significativo do número de Enfermeiros de nível médio e redução progressiva de Enfermeiros de nível básico e elementar • Eliminação de formação no nível básico
<i>Sustentar os ganhos na redução da mortalidade em menores de cinco anos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorização de determinadas especialidades médicas, nomeadamente: cirurgia e anestesiologia, pediatria, medicina familiar e comunitária • Aumento da proporção de especialistas moçambicanos nestas áreas
<i>Suster ou reduzir a tendência progressiva das Doenças Não Transmissíveis e o trauma</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorização de determinadas especialidades médicas, nomeadamente: imagiologia, cirurgia e anestesiologia, ortopedia, cardiologia e geriatria

(fonte: análise da consultoria)

Para além das 5 prioridades para a Saúde, o PESS 2014-2019 estabelece também 7 Objectivos Estratégicos. A resposta deste PNDRHS a estes objectivos estratégicos é apresentada na secção seguinte.

3.1.3 Objectivos Estratégicos estabelecidos no PESS 2014-2019

Em face de uma análise situacional detalhada, o PESS 2014-2019 define 7 Objectivos Estratégicos. A tabela seguinte apresenta a forma como o PNDRHS 2016-2025 responde a estes objectivos na dimensão de RHS:

Tabela 3 – Objectivos Estratégicos definidos no PESS 2014-2019 endereçados neste PNDRH

Objectivos Estratégicos para a Saúde (PESS 2014-2019)	Forma como os objectivos estratégicos são endereçados no PNDRHS 2016-2025
1 <i>Aumentar o acesso e utilização</i>	<ul style="list-style-type: none"> • O Objectivo Estratégico #1 deste PNDRHS é “<u>Aumentar a disponibilidade</u> e equidade de profissionais de saúde . . .”. No âmbito deste Objectivo Estratégico, um dos objectivos específicos é “<u>Absorver mais e melhores profissionais de acordo com as necessidades planificadas</u>”. • Para o alcance deste objectivo, este PNDRHS estabelece metas de rácios de técnicos de saúde por 100.000 habitantes a alcançar entre 2016 e 2025.
2 <i>Melhorar a qualidade e humanização</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de objectivos estratégicos e específicos directamente associados à melhoria da qualidade dos profissionais de saúde: <ul style="list-style-type: none"> ○ O Objectivo Estratégico #1 deste PNDRHS é “aumentar a disponibilidade e equidade de profissionais de saúde competentes e com vocação”. No âmbito deste Objectivo Estratégico, um dos objectivos específicos é “Garantir <u>excelência na oferta de quadros</u> para o Sector de Saúde” e duas iniciativas estratégicas chave são: o <i>Desenho, Aprovação e Implementação do Sistema de Acreditação de Instituições de Formação, dos cursos e dos formandos, assegurando participação activa do MISAU e a Implementação da Estratégia de Garantia da Qualidade de Formação das IdF's do MISAU</i>. ○ Adicionalmente, o Objectivo Estratégico #3 deste PNDRHS, referente ao desenvolvimento profissional, é “Elevar o nível de satisfação, <u>competência e vocação dos profissionais de Saúde</u> para a prestação de <u>serviços humanizados e de qualidade</u>”. No

² Quadro Tipo de Referência é o quadro que estabelece para efeitos de projecção de RHS, o número de profissionais em cada ocupação em cada tipo de US.

Objectivos Estratégicos para a Saúde (PESS 2014-2019)		Forma como os objectivos estratégicos são endereçados no PNDRHS 2016-2025
		<p>âmbito deste Objectivo Estratégico, um dos objectivos específicos é “<u>Melhorar o nível de competências (incluindo Ética)</u> dos funcionários para prestação de serviços”.</p> <ul style="list-style-type: none"> Todos estes objectivos estratégicos e específicos apresentam metas concretas e objectivas que tem <i>também</i> em vista contribuir para o Objectivo Estratégico 2 do PESS 2014-2019.
3	<i>Reduzir as desigualdades</i>	<ul style="list-style-type: none"> Estabelecimento de objectivos estratégicos e específicos directamente associados à redução das iniquidades na distribuição dos profissionais de saúde: <ul style="list-style-type: none"> O Objectivo Estratégico #1 deste PNDRHS é “aumentar a disponibilidade e equidade de profissionais de saúde . . .”. No âmbito deste Objectivo Estratégico, um dos objectivos específicos é “Garantir equidade na distribuição dos RHS”. São estabelecidas metas objectivas com ênfase na equidade na distribuição de RHS em várias dimensões (entre províncias, intra-províncias, nos níveis de atenção e entre a zona rural e a zona urbana). Complementarmente, no âmbito do Objectivo Estratégico #2 deste PNDRHS, é estabelecido o objectivo específico de “<u>Reter os profissionais de saúde no nível primário de atenção</u>”. Todos estes objectivos estratégicos e específicos apresentam metas concretas e objectivas que tem <i>também</i> em vista contribuir para o Objectivo Estratégico 3 do PESS 2014-2019.
4	<i>Melhorar a eficiência</i>	<ul style="list-style-type: none"> No âmbito do Objectivo Estratégico #1 deste PNDRHS, é definida uma meta de melhoria na proporção entre os técnicos de saúde e os restantes profissionais que trabalham no Sector. Ainda no âmbito do Objectivo Estratégico #1, uma iniciativa chave é a <i>Elaboração e Aprovação do quadro-tipo de pessoal (regime especial de saúde e outros regimes) de US, por nível de atenção, com base na identificação das necessidades de pessoal em função da carga/pressão de trabalho (estudo WISN “Work Load Indicator Staffing Needs”)</i>. A aplicação bem-sucedida desta metodologia poderá contribuir para melhorar não só a equidade, mas também a eficiência na alocação e utilização dos RHS.
5	<i>Fortalecer as parcerias</i>	<ul style="list-style-type: none"> É dada particular ênfase à complementaridade que é necessário começar a estabelecer com o Sector Privado provedor de técnicos de saúde. As metas de formação definidas no PNDRHS assumem que uma parte das novas entradas no sector irão provir de IdF do Sector Privado devidamente acreditadas.
6	<i>Aumentar a transparência e a prestação de contas</i>	<ul style="list-style-type: none"> -
7	<i>Fortalecer o sistema de saúde</i>	<ul style="list-style-type: none"> Uma grande parte das Iniciativas Estratégicas previstas neste PNDRHS tem em vista introduzir, fortalecer ou reforçar a capacidade de implementação de referenciais e instrumentos de gestão estratégica de RHS. Adicionalmente, o Objectivo Estratégico #4 deste PNDRHS é totalmente dedicado ao reforço de sistemas de gestão de pessoas no sector ou à realização de iniciativas estratégicas com impacto numa melhor gestão de pessoas.

(fonte: análise da consultoria)

3.1.4 Fragilidades e orientações para os RHS definidos no PESS 2014-2019

Por forma a responder às prioridades definidas e para o alcance dos objectivos estratégicos, o PESS 2014-2019 reconhece um conjunto de fragilidades e deixa recomendações ao desenvolvimento de RHS. A tabela que se segue sistematiza as principais orientações definidas no PESS 2014-2019 com relação aos RHS (e indicadores, onde existam) e forma como estas são endereçadas no PNDRHS 2016-2025.

Tabela 4 – Orientações aos RHS definidas no PESS 2014-2019 e endereçadas no PNDRHS 2016-2025

PESS 2014-2019		Forma como a orientação é endereçada no PNDRHS 2016-2025
Objectivos Estratégicos	Orientações para os RHS (ou com impacto nos RHS)	
1 <i>Aumentar o acesso e utilização dos serviços de saúde</i>	<ul style="list-style-type: none"> <i>Expandir a rede sanitária, sobretudo do nível primário e per-urbanas, assegurando o seu apetrechamento adequado (equipa mínima de saúde, equipamento básico, medicamentos, ...)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Consideração, no <i>Quadro Tipo de Referência</i>, de uma equipa maior e reforçada de técnicos de saúde para as unidades sanitárias do nível primário de atenção. Priorização (no planeamento do efectivo e contratações) das ocupações previstas no Quadro Tipo de Referência das Unidades Sanitárias (US) do nível primário de atenção.
	<ul style="list-style-type: none"> <i>Intensificar as actividades de promoção de saúde com vista à mudança dos estilos de vida e prevenção de comportamentos de risco</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento significativo do número de Técnicos de Medicina Preventiva de nível médio e redução progressiva dos de nível básico. Estabelecimento, no <i>Quadro Tipo de Referência</i>, do reforço de técnicos médios de medicina preventiva no nível primário (pelo menos um

PESS 2014-2019			Forma como a orientação é endereçada no PNDRHS 2016-2025
Objectivos Estratégicos		Orientações para os RHS (ou com impacto nos RHS)	
		<ul style="list-style-type: none"><i>Aumentada a densidade de profissionais de saúde (Profissionais de saúde / habitante)</i>Indicador previsto no PESS 2014-2019: <i>Rácio de trabalhadores das áreas de medicina, enfermagem e obstetrícia/SMI por cada 100,000 habitantes (base de 68,2 em 2012 e meta de 77 em 2019)</i>	<p>técnico de medicina preventiva em cada Centro de Saúde Rural do Tipo 2 e 3 técnicos nos Centros de Saúde Rural do Tipo 1).</p> <ul style="list-style-type: none">Priorização da especialidade de medicina familiar e comunitária. <ul style="list-style-type: none">Planeamento de crescimento do rácio de profissionais de saúde por cada 100.000 habitantes de 100,2 em 2015 para 115 em 2019 e 127 em 2025. O crescimento de 27% neste rácio parece modesto, mas bastante alto quando se considera que o crescimento da população é estimado em 29% entre 2015 e 2025.Este PNDRHS prevê 85 técnicos das áreas de medicina, enfermagem e obstetrícia/SMI por cada 100,000 habitantes em 2020, ultrapassando a meta prevista no PESS 2014-2019.
2	Melhorar a qualidade dos serviços prestados	<ul style="list-style-type: none">Garantir a humanização no atendimento, com base em serviços orientados para o utente	<ul style="list-style-type: none">A competência e a vocação dos RHS e os serviços humanizados e com qualidade estão presentes nos Objectivos Estratégicos 1 e 3 deste PNDRHS.Estão estabelecidos indicadores e metas que poderão <i>ajudar</i> a medir a humanização dos serviços (ex.: o índice de satisfação dos utentes dos Serviços).Estão estabelecidas Iniciativas Estratégicas para o reforço dos programas de formação com vista a melhorar a ética e a deontologia profissional, bem como filtrar melhor a vocação dos técnicos de saúde a graduar e absorver nos próximos anos.
		<ul style="list-style-type: none">Assegurar RH motivados e com as qualificações e quantidades necessárias	<ul style="list-style-type: none">A satisfação dos RHS faz parte do Objectivo Estratégico 3 deste PNDRHS. Estão definidos objectivos específicos para reforçar a meritocracia, reconhecer o desempenho e melhorar a ligação entre o desempenho e a compensação.Em particular, estão previstas Iniciativas Estratégicas para uma descompressão salarial no nível médio dos técnicos de saúde e um programa de compensações indirectas (com ênfase na rede primária de atenção).
3	Reduzir as desigualdades geográficas, e entre grupos populacionais, no acesso e utilização de serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none">Redução dos índices de iniquidade nos Fundos alocados/capita e despesa/capita, na distribuição de RH “críticos”, US/hab, medicamentos essenciais, desagregados por província / distrito	<ul style="list-style-type: none">Estabelecimento de objectivo específico de “garantir a equidade e competência a todos os níveis de atenção” com indicadores claros com vista a assegurar uma melhor distribuição de RHS
4	Melhorar a eficiência na prestação de serviços e utilização de recursos	<ul style="list-style-type: none">Aumentada a produtividade pessoal (Unidade Atendimento / profissional)Indicador previsto no PESS 2014-2019: <i>Produtividade pessoal (Unidade Atendimento / profissional) (5.689 em 2012 e meta de 5 a 6 mil em 2019)</i>	<ul style="list-style-type: none">Estabelecimento de uma Iniciativa Estratégia que visa a definição e formalização de um Quadro Tipo definitivo bem com o estabelecimento de uma metodologia para alocação e distribuição equitativa de profissionais de saúde utilizando a carga de trabalho como critério chave.
5	Fortalecer as parcerias para saúde na base do respeito mútuo		<ul style="list-style-type: none">Estabelecimento de uma Actividade no “Plano Adicional” do fortalecimento dos mecanismos de planeamento, coordenação, envolvimento e mobilização dos parceiros da Área de RH. O Plano Adicional inclui Actividades que deverão alavancar a implementação do PNDRHS e é apresentado do Capítulo 8.
6	Aumentar a transparência e prestação de contas na forma como os bens públicos são utilizados		<ul style="list-style-type: none">Estabelecimento de uma Actividade no “Plano Adicional” de inclusão da monitoria da implementação do PNDRHS nos Relatórios anuais da DRH.
7	Fortalecer o sistema de saúde moçambicano	<ul style="list-style-type: none">Sistemas distritais de saúde capacitados em matéria de descentralização, planificação, gestão, negociação, liderança, etc.	<ul style="list-style-type: none">Estabelecimento de várias Iniciativas Estratégicas para o reforço da capacidade humana e institucional para a gestão de RHS no Sector, incluindo um Objectivo Especifico para o reforço de capacidade de gestão e liderança no Sector Saúde.

(fonte: análise da consultoria)

3.2 PROGRAMA QUINQUENAL DO GOVERNO 2015-2019 (PQG)

A Prioridade II do PQG 2015-2019 é Desenvolver o Capital Humano e Social. No âmbito desta Prioridade, é definido como Objectivo Estratégico “Expandir o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde, reduzir a mortalidade materna, a morbi-mortalidade por desnutrição crónica, malária, tuberculose, HIV, doenças não transmissíveis e doenças preveníveis”.

Por forma a alcançar este Objectivo, o PQG estabelece uma Acção Prioritária específica aos RHS: “aumentar o número de profissionais de saúde formados anualmente e colocados ao serviço do Sistema Nacional de Saúde”.

O Quadro de Indicadores do PQG estabelece que o indicador a ser monitorado é “Rácio profissionais de saúde por 100.000 habitantes”, com um *baseline* de 94 e uma meta de 113,3 para 2019. Este PNDRHS respeita integralmente esta planificação e estabelece a meta de 115 profissionais de saúde por cada 100.000 habitantes em 2019.

3.3 OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Este PNDRHS prevê contribuir para o alcance de alguns dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (SDGs), nomeadamente:

Objectivo 2. Acabar com a fome, alcançar segurança alimentar, melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável. Um dos indicadores definidos para medir o alcance deste objectivo é: (2.2) *até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição, inclusive pelo alcance até 2025 das metas acordadas internacionalmente sobre desnutrição crónica e [. . .].* Reconhecendo que a eliminação da desnutrição não depende apenas de uma produção agrícola diversificada, mas também da mudança de hábitos de alimentação, este PNDRHS prevê um aumento significativo de técnicos de nutrição, especialmente no nível primário de atenção, precisamente no sentido de contribuir para o alcance deste SDG.

Objectivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. São definidas metas para a saúde sexual e reprodutiva, materna, neonatal e infantil. Este PNDRHS prevê contribuir para estas metas com o reforço e melhor distribuição de ESMI (de nível médio), especialmente no nível primário de atenção / zonas rurais. Os SDGs definidas igualmente metas para acabar com epidemias do HIV/SIDA, tuberculose, malária, e outras. Este PNDRHS prevê contribuir para estas metas com o reforço e melhor equilíbrio na distribuição de Enfermeiros Gerais (de nível médio), especialmente no nível primário de atenção / zonas rurais.

3.4 ESTRATÉGIA DA REFORMA E DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA 2012-2025 (ERDAP)

A ERDAP define como visão: “uma Administração Pública centrada no cidadão, promotora do desenvolvimento e vocacionada para a prestação de serviços de qualidade”. A ERDAP dá uma grande ênfase à **qualidade** dos profissionais da Administração Pública bem como dos serviços prestados e define **7 objectivos estratégicos para a Administração Pública**, que são respondidos por este PNDRHS, nomeadamente:

- **Dotar a Administração Pública de técnicos qualificados.** A Visão dos RHS começa precisamente com as palavras “**RHS competentes. . .**”. Por sua vez, os Objectivos Estratégicos (OE) 1 e 3 deste PNDRHS referem-se à atracção de profissionais **competentes** (OE 1) e à elevação **do nível de competência** (OE 3) dos profissionais de Saúde. São definidas iniciativas estratégicas específicas a) para iniciar a *selecção* os técnicos de saúde (com base na competência) à entrada do Serviço Nacional de Saúde por via de concursos orientados por critérios de competência; b) para implementar a estratégia de garantia de qualidade na formação inicial; c) para acreditação da formação em Saúde em Moçambique (entre outras Iniciativas).
- **Aproximar a Administração Pública do cidadão.** Em particular, este PNDRHS estabelece metas para aumentar a cobertura de RHS no nível primário de atenção e zonas rurais (onde reside 2/3 da população moçambicana), reforçando o equilíbrio entre os técnicos de saúde por 100 mil habitantes entre as zonas rurais e urbanas.
- **Melhorar a qualidade dos serviços.** No Sector Saúde, a qualidade de serviços é resultado agregado da prestação dos profissionais de saúde e outros factores (infra-estrutura, equipamento, fármacos e outros). Com

relação aos RHS, este PNDRHS introduz a monitoria da satisfação dos serviços dos utentes e dos clientes internos como indicadores importantes de desempenho, em particular a qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde.

- **Fortalecer a organização da Administração Pública.** Este PNDRHS define várias iniciativas estratégicas para introduzir, reforçar e melhorar a implementação de referenciais estratégicos e operacionais que permitam uma melhor organização e gestão de RHS. Adicionalmente, o Objectivo Específico 4.1 deste PNDRHS é dedicado à existência e melhoria do quadro legal e institucional para uma melhor organização e gestão dos RHS.
- **Promover e disseminar uma cultura de integridade na Administração Pública e na sociedade.** Este PNDRHS prevê a implementação de iniciativas estratégicas para reforço da componente de ética e deontologia profissional na formação em Saúde.
- **Utilizar as tecnologias de informação e comunicação e a inovação para melhorar a prestação de serviço.** Nos últimos anos, o Sector Saúde tem melhorado significativamente a disponibilidade de sistemas de informação para a gestão de RHS. Este PNDRHS prevê a consolidação da qualidade dos dados e da utilização da informação gerada por estes sistemas no processo de tomada de decisões a todos os níveis de gestão. O Objectivo 4.2 deste PNDRHS é dedicado a esta temática.
- **Acompanhar a execução e medir os resultados.** O “Plano Adicional” (Capítulo 8) prevê a monitoria do grau de alcance dos indicadores e metas bem como das iniciativas estratégicas previstas neste PNDRHS nos relatórios anuais da DRH.

4 ANÁLISE SITUACIONAL DOS RHS

Este Capítulo apresenta as principais constatações com relação aos RHS em Moçambique com o objectivo de complementar o contexto estratégico apresentado no Capítulo anterior e reforçar uma base de suporte aos objectivos, indicadores e iniciativas estratégicas propostas neste PNRDH.

As constatações aqui sistematizadas têm por base pelo menos cinco fontes de informação: a) avaliação do PND RHS 2008-2015; b) análise dos relatórios anuais da DRH entre 2010 e 2015; c) análises feitas à base de dados do efectivo de 2015; d) percepções dos *stakeholders* consultados a nível central, provincial, distrital e parceiros de cooperação; e) estudos e pesquisas realizados sobre os RHS em Moçambique.

A Análise Situacional encontra-se estruturada em duas partes interligadas:

- a primeira parte (Secção 4.1) trata das quatro dimensões de cobertura de RHS recomendadas pela Global Health Workforce Alliance (GHWA) para utilização em processos de planificação de RHS e normalmente utilizadas ou mencionadas em *papers* relevantes sobre a matéria, nomeadamente: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade;
- a segunda parte (Secção 4.2) trata de outras variáveis ou fenómenos, sistemicamente interligadas às 4 dimensões de cobertura, e que reforçam a problematização do actual contexto dos RHS e da sua gestão, nomeadamente: a) a fragilidade nos referenciais estratégicos e operacionais para a Gestão de RHS; b) a histórica pressão na *quantidade* de RHS; c) a limitada capacidade de gestão, particularmente ao nível local; d) a fragilidade na retenção dos técnicos de saúde na sua área ocupacional; e e) as restrições orçamentais às despesas com o pessoal da saúde.

4.1 COBERTURA DOS RHS EM MOÇAMBIQUE

De acordo com a GHWA, o discurso com relação aos RHS tem evoluído de um foco exclusivo em disponibilidade de profissionais de saúde (i.e., números) para a necessidade de importância equilibrada às dimensões de acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. Estas dimensões definem-se da seguinte forma:

- **Disponibilidade** – oferta suficiente e apropriada de técnicos de saúde, com as competências e o *skill mix* necessário para responder às necessidades de saúde da população;
- **Acessibilidade** – distribuição equitativa dos técnicos de saúde tendo em consideração a composição demográfica, particularmente entre o ambiente rural e urbano, bem como áreas e populações pouco servidas;
- **Aceitabilidade** – características e habilidades dos técnicos de saúde (tais como género, línguas, cultura, idade) para tratar todas as pessoas com dignidade, criar um vínculo de confiança e promover a demanda pelos serviços³;
- **Qualidade** – competências (conhecimentos, habilidades e comportamento) dos técnicos de saúde avaliadas através de normas profissionais ou através da percepção dos utentes dos serviços.

Sem disponibilidade suficiente, é mais difícil assegurar acessibilidade (equidade) na distribuição dos profissionais de saúde. Se houver disponibilidade e acessibilidade, mas *sem aceitabilidade*, os serviços de saúde poderão não ser utilizados pela população. Quando a *qualidade dos profissionais de saúde é inadequada*, então a melhoria nos resultados de saúde não será satisfatória.⁴

Esta secção apresenta a situação actual e a evolução dos RHS em Moçambique nestas quatro dimensões na melhor medida possível em função da informação disponível.

³ Definição adoptada na oficina de trabalho sobre a situação obstétrica em Moçambique (Ramirez, 2015, p. 1).

⁴ Adaptado de <http://www.who.int/workforcealliance/media/qa/04/en/> acedido em 26 de Junho de 2016.

4.1.1 Disponibilidade dos RHS

Disponibilidade dos RHS

- Moçambique viu um crescimento significativo de RHS entre 2006 e 2015. O número de RHS em 2006 era de 25.683 e este número cresceu para 47.833 em 2015, representando um aumento de 86%.
- O défice de técnicos de saúde reduziu entre 2007 e 2015. No final de 2015, Moçambique contava com 25.779 técnicos de saúde, resultando num rácio de 100,2 técnicos por 100 mil habitantes, acima do rácio de 69,2 registado no final de 2007. Os rácios por 100 mil habitantes melhoraram bastante com relação a médicos (4,0 para 7,7), enfermeiros (22,3 para 27) e ESMI (34,2 para 48,3⁵).
- Moçambique continua, no entanto, a estar entre os países do Mundo com os piores rácios de técnicos de saúde por 100 mil habitantes: em Moçambique o rácio de Enfermeiros e ESMI por 100 mil habitantes é de 46,8, bastante abaixo de países como o Quénia (86,3), Zimbabwe (133,5), África do Sul (511,4) ou Brasil (760,1).
- 26% dos médicos actuando no SNS são estrangeiros, significando uma continuada dependência de especialistas estrangeiros.

Evolução Global e dos Profissionais de Saúde

A redução do défice **em termos de quantitativo de RHS** é percebida como um dos principais ganhos no desenvolvimento de RHS no período do anterior PNDRHS (2008 a 2015). Em termos globais, o número de RHS em 2007 era de 28.312 e este número cresceu 72% para 47.833 no final de 2015. Os RHS podem ser divididos em profissionais de saúde⁶ (RHS do Regime Especial de Saúde) e profissionais de suporte (RHS em Outros Regimes).

Tabela 5 – Evolução do efectivo de RHS e dos Profissionais de Saúde entre 2007 e 2015

Cadre	2007		2015		Crescimento
	efectivo	% de total	efectivo	% de total	
RHS	28.312	100%	48.733	100%	72%
Profissionais de Saúde	14.539	51%	25.779	53%	77%

(fonte: sistematizado a partir dos anuários estatísticos emitidos pela DRH do MISAU)

É importante aqui reter que o País conta com 25.779 profissionais (ou técnicos) de saúde. O PNDRHS 2008-2015 previa que os profissionais de saúde representassem 63% dos RHS em 2015. No entanto, como se pode observar, no final de 2015 os profissionais de saúde representaram 53% de todos os RHS, uma percentagem não muito diferente dos 51% observados em 2007. Como consequência do aumento de 77% no efectivo de profissionais de saúde, os principais rácios cresceram entre 2007 e 2015 como se pode observar na tabela que se segue.

Tabela 6 – Evolução dos rácios de RHS e Profissionais de Saúde entre 2007 e 2015

Rácio		2007	2011	2012	2013	2014	2015
Total de RHS por 100.000 hab		131,6	150,1	157,8	162,1	173,1	189,5
Técnicos de saúde por 100.000 hab		69,2	82,6	86,0	88,5	92,6	100,2
Médicos por 100.000 hab		4,0	5,2	5,3	5,6	6,8	7,7
Enfermeiros por 100.000 hab		22,3	25,3	24,6	26,3	25,2	27,0
ESMI	Por 100.000 hab	15,7	17,0	18,0	17,2	18,6	20,1
	Por 100.000 mulheres de 15-49 anos e crianças de 0-5 anos	34,2	38,0	43,2	41,3	44,6	48,3
Médicos, enfermeiros e ESMI por 100.000 hab		41,9	47,5	46,6	47,9	50,6	54,8
Técnicos da área de medicina, enfermeiros e ESMI por 100.000 hab		53,9	58,4	66,8	68,6	70,9	76,5
Pessoal das áreas prioritárias por 100.000 hab		65,2	77,3	81,2	82,3	85,4	91,9

(fonte: sistematizado a partir dos anuários estatísticos emitidos pela DRH do MISAU)

⁵ No caso de ESMI, o rácio é por 100.000 mulheres de 15-49 anos e crianças de 0-5 anos.

⁶ Para efeitos deste documento profissionais de saúde poderão também ser designados técnicos de saúde (são os profissionais do Regime Especial de Saúde).

Evolução nas Profissões Prioritárias

Parte dos profissionais de saúde encaixam-se naquelas que são consideradas pelo MISAU como “profissões prioritárias”. Como se pode observar na tabela seguinte, houve uma evolução importante no número de profissionais nas profissões consideradas prioritárias.

Tabela 7 – Evolução nas áreas ocupacionais prioritárias

Áreas ocupacionais prioritárias	Efectivo no final de 2006	Efectivo no final de 2015	Evolução entre 2006 e 2015		% em relação aos RHS em 2015
			Aumento #	Aumento %	
Farmácia	817	1.751	934	114%	3,59%
Medicina Curativa	1.896	5.034	3.138	166%	10,33%
Laboratório	809	1.656	847	105%	3,40%
Saúde Pública / Medicina Preventiva	820	1.954	1.134	138%	4,01%
Enfermagem	4.282	6.883	2.601	61%	14,12%
Obstetrícia (SMI)	2.906	5.148	2.242	77%	10,56%
Instrumentista	132	251	119	90%	0,52%
Anestesiologia	103	179	76	74%	0,37%
Cirurgia	56	54	-2	-4%	0,11%
Gestão	333	395	62	19%	0,81%
Total	12.154	23.305	11.151	92%	47,82%

(fonte: sistematizado a partir dos anuários estatísticos emitidos pela DRH do MISAU)

O PNDRHS 2008-2015 previa que, em 2015, as profissões prioritárias representassem quase 60% do efectivo total do SNS (significando um aumento de 15.040 em relação a 2006). No entanto, em 2015, esta percentagem ficou-se em 47,8% (sendo o aumento de 11.151). Este é um reflexo do facto de que o crescimento nos profissionais de saúde foi menor do que o antecipado.

Déficé e Comparação com outros Países

Moçambique continua a ter um défice significativo de profissionais de saúde. No final de 2015, existia apenas 1 profissional de saúde para quase 1.000 habitantes; ou 1 médico para 12.806 habitantes. A tabela que se segue apresenta informação complementar com relação à disponibilidade de técnicos de saúde em 2015.

Tabela 8 – Profissionais de Saúde em 2015

<i>Cadre</i>	Efectivo em 2015	Habitantes / Profissionais	Profissionais / 100.000 hab
Profissionais (ou técnicos) de Saúde	25.779	998	100,2
Médicos	2.009	12.806	7,8
<i>Nacionais</i>	<i>1.492</i>	-	<i>5,8</i>
<i>Estrangeiros</i>	<i>517</i>	-	<i>2,0</i>
Enfermeiros	6.927	3.714	26,8
ESMI	5.158	4.988	20,0
Médicos, Enfermeiros e ESMI	14.094	1.825	54,8

(fonte: sistematizado a partir dos anuários estatísticos emitidos pela DRH do MISAU e do Relatório da DRH de 2015)

O rácio de médicos, enfermeiros e ESMI foi de 54,8 por 100 mil habitantes no final de 2015, muito abaixo do *standard* de 230 por 100 mil habitantes estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em comparação com outros países e a título ilustrativo, Quénia e Zimbabwe têm respectivamente o dobro e o triplo de enfermeiros e ESMI por cada 100 mil habitantes (dados de 2013 e 2011). A África do Sul tem 10 vezes mais médicos por cada 100 mil habitantes. A tabela seguinte ilustra estes números.

Tabela 9 – Comparação com rácios de outros países

Rácio	Moçambique (2015)	Tanzânia (2012)	Zimba-bwe (2011)	Quênia (2013)	África do Sul (2013)	Brasil (2013)	Portugal (2012)
Médicos por 100.000 hab	7,7	5	8,3	19,8	77,6	189,1	410
Enfermeiros por 100.000 hab	26,8	46,8	133,5	86,3	511,4	760,1	611,3
ESMI por 100.000 hab	20,0						

(fonte: websites do Banco Mundial e da Organização Mundial da Saúde⁷)

Absentismo e dependência de especialistas estrangeiros

O efectivo e os rácios são ferramentas úteis para discutir a disponibilidade e o défice de profissionais de saúde. No entanto, tal como referido num estudo recente do FNUAP para os recursos humanos na área de Saúde Sexual e Reprodutiva, o “absentismo e as práticas privadas podem afectar [negativamente] a disponibilidade real” (FNUAP, p. 43). Este estudo referencia a *Avaliação de Necessidades em Saúde Materna e Neonatal em Moçambique* (2009) e menciona que o “absentismo é relativamente generalizado em Moçambique. Estima-se que a *presença* dos profissionais de saúde nos turnos “fora de horas” (i.e., noites, feriados) é reduzida a metade quando comparada com os dias úteis da semana.

Por outro lado, o número de especialistas estrangeiros aumentou de 160 para 517 entre 2008 e 2015 face às necessidades reais de médicos especialistas no País. A contribuição de médicos estrangeiros no rácio de médicos por cada 100.000 habitantes foi de 26% em 2015 (517 médicos estrangeiros no total de 2.009 médicos no País no final de 2015)⁸. Por outro lado, a formação de especialistas moçambicanos segue ainda um ritmo lento. Entre 2008 e 2015 foram graduados 230 profissionais moçambicanos em *especialização médica*.

4.1.2 Acessibilidade dos RHS

Acessibilidade dos RHS

- O défice de RHS é bastante agravado pelas iniquidades na sua distribuição: as desigualdades entre províncias aumentaram entre 2008 e 2015. Foi utilizado o desvio padrão como parâmetro no sentido de medir a dispersão dos rácios provinciais em relação à sua média nacional. Os resultados mostram que o desvio padrão teve um crescimento médio anual de 2,4% entre 2007 e 2015.
- Este fenómeno é parcialmente explicado pela não implementação dos planos de colocação de acordo com os critérios definidos. Em 2014, províncias com maiores rácios (Sofala, Maputo Cidade e Maputo Província) receberam mais profissionais do que o previsto no plano de colocação. Por outro lado, províncias com menores rácios (Nampula e Tete) receberam menos profissionais do que o previsto no plano de colocação.
- Em 2015, 4 províncias (Nampula, Zambézia, Tete, Manica e Província) não tinham ainda alcançado um rácio de técnicos de 10 profissões prioritárias superior ao melhor rácio provincial verificado em 2007 (Sofala).
- A iniquidade na distribuição de técnicos de saúde entre províncias pode ser, numa pequena parte, explicada pela iniquidade iniquidade na cobertura de unidades sanitárias. Existe uma correlação frágil (mas positiva) entre o número de US por 100 mil habitantes e o número de técnicos de saúde por 100 mil habitantes; ou seja, quanto mais US existem por 100 mil habitantes, mais técnicos existem por 100 mil habitantes. Existe, no entanto, bastante potencial de reforço no apetrechamento de Províncias com maior défice (Zambézia e Tete) em termos de técnicos de saúde nas Unidades Sanitárias existentes.
- As desigualdades intra-provinciais (entre Distritos) pioraram em 8 das 11 províncias administrativas. Foi utilizado o desvio padrão como parâmetro no sentido de medir a dispersão dos rácios distritais em relação à sua média provincial. Os resultados mostram que o desvio padrão apenas reduziu em Sofala e Nampula.
- Existe igualmente uma iniquidade significativa na distribuição dos técnicos de saúde entre zona rural e urbana e entre rede primária de atenção e os outros níveis de atenção. A título ilustrativo: existem 176 técnicos de saúde por 100 mil habitantes nas zonas urbanas e apenas 65 nas zonas rurais; existem 12 médicos por 100 mil habitantes nas zonas urbanas e apenas 2 nas zonas rurais.

⁷ <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS> acedido em 13 de Junho de 2016 e

http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/PhysiciansDensity_Total/atlas.html acedido em 13 de Junho de 2016

⁸ Fonte: Relatório da DRH de 2015.

O défice de profissionais de saúde é significativamente agravado pela iniquidade na sua distribuição. Esta secção ilustra esta iniquidade em diferentes dimensões e evidencia que esta iniquidade cresceu (piorou) nos últimos anos.

Redução do défice, mas crescimento da iniquidade entre províncias

Ainda que o défice dos RHS tenha reduzido em todas as províncias, as iniquidades entre províncias aumentaram entre 2007 e 2015. A tabela seguinte apresenta a evolução do rácio das 10 profissões prioritárias por Província. Apresenta nas quatro colunas do lado direito cálculos de desvio padrão (DP) e Amplitude (A) para cada um dos anos (para os dois casos: com e sem Maputo Cidade). Apresenta nas últimas duas linhas o crescimento do rácio entre 2007 e 2015 (2015/2007) bem como o crescimento médio anual (AGR) dos rácios, dos desvios padrão e das amplitudes.

Tabela 10 – Crescimento médio do rácio das 10 profissões prioritárias por Província⁹

Ano	CD	NS	NP	Z	T	MN	S	I	G	MP	MC	X	DP c/ MC	A c/ MC	DP s/ MC	A s/ MC
2007	51,7	77,4	51,1	41,6	54,1	63,9	86,4	78,2	71,3	61,0	175,5	65,2	36,4	133,9	14,4	44,8
2008	55,7	75,8	57,9	44,2	55,2	63,2	94,2	88,9	75,5	64,7	188,0	69,6	39,3	143,8	15,8	50,0
2009	65,9	82,4	63,7	49,9	58,7	66,9	93,1	98,0	73,4	64,3	177,8	73,3	35,1	127,8	15,2	48,1
2010	75,5	79,5	63,5	56,8	59,1	69,3	91,5	106,4	78,5	65,2	187,9	76,5	37,2	131,0	15,4	49,5
2011	71,2	95,4	73,8	56,2	62,7	73,6	95,9	83,4	96,3	153,6	186,8	77,2	40,0	130,6	27,5	97,4
2012	80,5	80,1	74,7	54,7	72,6	71,6	109,2	84,8	87,8	70,5	195,3	81,2	37,6	140,5	14,1	54,5
2013	81,7	84,8	64,0	59,0	63,6	72,8	110,3	100,3	97,6	70,1	221,7	82,3	45,8	162,8	17,6	51,3
2014	81,5	95,4	68,7	60,7	63,9	81,3	114,7	98,6	103,2	76,0	215,7	85,4	43,1	155,0	18,0	54,0
2015	90,5	93,7	69,2	66,1	64,3	86,4	131,2	117,6	109,0	82,3	218,2	90,6	43,9	153,9	22,5	66,9
2015 / 2007	75%	21%	35%	59%	19%	35%	52%	50%	53%	35%	24%	39%	21%	15%	57%	49%
AGR ¹⁰	7,2%	2,4%	3,8%	6,0%	2,2%	3,8%	5,4%	5,2%	5,4%	3,8%	2,8%	4,2%	2,4%	1,8%	5,8%	5,1%

Legenda: CD – Cabo Delgado; NS – Niassa; NP – Nampula; Z – Zambézia; T – Tete; MN – Manica; S – Sofala; I – Inhambane; G – Gaza; MP – Maputo Província; MC – Maputo Cidade; X – Média Nacional; DP c/ MC – Desvio Padrão com Maputo Cidade; A c/ MC – Amplitude com Maputo Cidade; DP s/ MC – Desvio Padrão sem Maputo Cidade; A s/ MC – Amplitude sem Maputo Cidade

Redução do défice. Desta análise pode-se concluir que o défice nas profissões prioritárias reduziu em todas as províncias dado que o rácio das 10 profissões prioritárias aumentou em todas as províncias (quando se compara 2015 e 2007).

As províncias com maior crescimento médio anual entre 2007 e 2015 no rácio são Cabo Delgado (7%), Zambézia (5,8%) e Gaza (5,3%). As províncias com menor crescimento médio anual entre 2007 e 2015 no rácio são Tete (2,2%), Niassa (2,4%) e Maputo Cidade (2,7%).

Aumento da iniquidade. Não obstante a redução do défice em todas as províncias, verifica-se um consistente aumento de desigualdade entre províncias. Como se pode observar:

- Entre 2007 e 2015, o desvio padrão do rácio teve um crescimento médio anual de 2,3% (considerando Maputo Cidade no cálculo) e 5,6% (não considerando Maputo Cidade no cálculo)¹¹.
- Entre 2007 e 2015, a amplitude teve um crescimento médio anual de 1,7% (considerando Maputo Cidade no cálculo) e 5% (não considerando Maputo Cidade no cálculo).

⁹ O rácio de Maputo de Maputo Província para o ano de 2011 tem uma variação significativa em relação ao ano anterior e posterior. É possível que a informação não seja a mais precisa.

¹⁰ AGR = Annual Growth Rate = Taxa de crescimento anual. Fórmula: $(\text{Valor no último ano} / \text{Valor no primeiro ano})^{(1/n)} - 1$.

¹¹ Foi feito um teste utilizando apenas o percentil 0,1 ao percentil 0,9 por forma a retirar extremos e confirma-se um aumento de dispersão neste intervalo.

Não obstante o **segundo maior crescimento médio anual** entre 2007 e 2015 ter sido verificado na Zambézia (5,8%), esta Província teve **sempre o pior rácio provincial nas 10 profissões prioritárias até 2014 e o segundo pior rácio em 2015**.

Entre 2008 e 2014, Tete teve sempre o **segundo pior rácio provincial nas 10 profissões prioritárias** e o **pior rácio em 2015**. Esta assimetria pode ser facilmente associada ao facto de Tete ter sido a Província com a **menor percentagem de crescimento médio** entre 2007 e 2015.

A análise da iniquidade pode ser detalhada para cada uma das profissões prioritárias. A **Tabela 11** apresenta a evolução dos rácios de médicos e de profissões prioritárias por 100.000 habitantes por Província. Apresenta igualmente nas quatro colunas do lado direito cálculos de Desvio Padrão (DP) e Amplitude (A) para cada um dos anos (para os dois casos: com e sem Maputo Cidade).

Com relação ao desvio padrão e à amplitude: “P” significa que o desvio ou a amplitude aumentaram (portanto, a situação “Piorou”) e “M” significa que o desvio ou a amplitude reduziram (portanto, a situação “Melhorou”). Sempre comparativamente com o ano base de 2007.

Tabela 11 – Evolução dos rácios de médicos, profissões prioritárias por 100 mil habitantes por Província

Rácios por 100.000 habitantes	Ano	Cabo Delgado	Niassa	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	Média nacional	Com Maputo Cidade				Sem Maputo Cidade			
														Desvio Padrão		Amplitude		Desvio Padrão		Ampli-tude	
Médicos nacionais e estrangeiros	2007	2,0	2,9	2,3	1,2	2,0	4,1	4,2	2,9	2,5	5,5	28,5	4,0	7,8		27,3		1,3		4,4	
	2011	2,8	2,9	3,9	1,7	2,5	3,2	7,2	3,8	4,0	3,7	38,8	5,2	10,7	P	37,1	P	1,5	P	5,5	P
	2014	5,3	4,7	4,3	3,1	3,6	5,1	9,5	6,0	5,8	6,0	44,1	6,8	11,8	P	40,9	P	1,7	P	6,3	P
	2015	6,0	6,5	4,8	3,4	3,4	4,7	10,1	7,7	6,8	7,8	43,9	7,8	11,6	P	40,5	P	2,1	P	6,7	P
Médicos nacionais	2007	1,5	2,0	1,7	0,8	1,3	2,2	3,7	2,0	2,4	3,3	24,5	3,1	6,8		23,7		0,9		2,9	
	2011	2,3	2,0	2,4	1,3	1,8	2,6	5,1	2,6	3,0	3,6	32,0	4,0	8,9	P	30,7	P	1,1	P	3,8	P
	2014	3,2	3,6	2,6	2,0	2,2	3,3	6,4	3,5	4,5	5,6	34,9	4,9	9,5	P	32,9	P	1,4	P	4,3	P
	2015	3,7	3,9	2,9	2,4	2,5	3,9	7,0	5,5	4,9	6,8	35,0	5,4	9,4	P	32,6	P	1,7	P	4,6	P
Técnicos da área medicina	2007	13,6	19,6	10,0	8,6	9,1	14,5	16,4	16,2	19,0	15,4	15,4	12,9	3,7		11,0		3,9		11,0	
	2011	16,0	24,2	13,4	11,3	11,5	16,4	17,1	15,3	24,6	31,0	50,6	16,3	11,6	P	39,3	P	6,5	P	19,7	P
	2014	20,9	20,6	14,2	12,9	11,5	17,9	24,8	18,2	23,7	16,2	54,8	18,6	11,9	P	43,3	P	4,5	P	13,2	P
	2015	22,2	22,0	14,5	13,3	11,6	17,4	28,0	20,5	26,9	17,8	55,1	20,0	12,0	P	43,5	P	5,5	P	16,4	P
Enfermagem	2007	16,2	19,6	20,0	15,7	18,5	20,0	29,2	24,4	23,4	15,3	68,5	22,3	15,2		53,3		4,4		14,0	
	2011	14,4	22,8	26,0	19,4	16,2	20,3	48,1	20,2	25,1	17,0	67,4	25,3	16,2	P	53,0	M	9,6	P	33,7	P
	2014	17,8	27,3	20,3	18,8	18,2	24,4	37,5	24,1	36,3	16,5	74,1	25,2	16,7	P	57,5	P	7,6	P	21,0	P
	2015	21,9	26,8	19,7	20,2	17,7	26,0	43,8	30,8	34,2	20,2	75,0	26,8	16,6	P	57,3	P	8,2	P	26,1	P
ESMI	2007	28,8	50,0	29,0	20,1	27,0	29,8	46,3	48,6	33,1	33,2	80,6	34,2	16,9		60,5		10,2		29,9	
	2011	37,3	42,1	39,7	23,6	28,0	42,3	49,7	43,9	42,3	36,5	66,6	38,0	11,2	M	43,0	M	7,7	M	26,1	M
	2014	45,6	51,5	40,2	27,5	33,8	42,9	56,9	64,7	49,8	48,5	89,2	44,6	16,6	M	61,7	P	10,8	P	37,2	P
	2015	48,2	48,7	53,5	39,0	31,5	36,2	46,5	66,6	80,1	55,2	49,8	93,6	13,7	M	48,6	M	14,5	P	48,6	P
Farmácia	2007	2,9	7,1	3,4	2,2	5,4	5,7	6,7	4,9	3,6	4,6	12,5	4,6	2,8		10,3		1,6		4,9	
	2011	5,0	6,4	4,9	4,1	7,0	5,4	6,1	6,6	5,9	11,7	11,5	5,5	2,5	M	7,7	M	2,1	P	7,7	P
	2014	5,8	9,0	5,1	4,4	6,0	6,8	9,0	7,9	5,0	5,2	15,8	6,5	3,2	P	11,4	P	1,7	P	4,6	M
	2015	7,0	7,4	5,4	5,0	6,1	6,6	9,6	8,3	6,2	5,7	16,1	6,8	3,1	P	11,1	P	1,4	M	4,5	M
Laboratório	2007	2,2	4,1	3,3	2,4	4,6	3,8	6,8	5,2	4,4	4,8	11,4	4,3	2,5		9,2		1,4		4,6	
	2011	4,6	6,5	5,7	3,5	5,6	5,0	7,1	8,6	6,7	13,7	11,3	5,7	3,0	P	10,2	P	2,8	P	10,2	P
	2014	5,5	4,8	4,3	4,6	6,6	5,7	8,3	9,0	6,0	6,0	15,7	6,2	3,3	P	11,5	P	1,5	P	4,8	P
	2015	6,2	5,0	5,0	4,8	6,6	6,1	8,5	9,1	6,0	6,3	14,9	6,4	2,9	P	10,1	P	1,4	P	4,3	M
Medicina preventiva e saúde pública	2007	5,8	5,0	4,8	2,7	3,5	4,2	5,1	5,9	5,4	6,6	6,7	4,7	1,2		4,1		1,2		3,9	
	2011	7,3	6,4	4,2	4,9	3,3	4,2	5,2	7,4	6,4	18,5	9,3	5,4	4,2	P	15,2	P	4,3	P	15,2	P
	2014	9,2	7,4	5,3	6,2	4,7	4,9	7,0	8,8	8,0	9,8	10,2	6,8	2,0	P	5,5	P	1,8	P	5,2	P
	2015	9,6	6,5	6,0	7,1	4,8	6,9	8,6	11,5	9,5	9,5	9,9	7,6	2,0	P	6,7	P	2,1	P	6,7	P
Técnicos de anestesiologia	2007	0,2	0,6	0,2	0,0	0,4	0,2	0,5	0,5	1,3	0,2	2,4	0,4	0,7		2,4		0,4		1,3	
	2011	0,4	1,0	0,1	0,5	0,6	0,7	1,7	0,8	1,1	0,3	2,1	0,6	0,6	M	2,0	M	0,4	P	1,6	P
	2014	0,8	0,8	0,5	0,4	0,4	0,8	1,4	0,9	0,4	0,1	2,4	0,7	0,6	M	2,3	M	0,4	P	1,3	M
	2015	0,7	0,7	0,4	0,4	0,4	0,9	1,4	1,1	0,4	0,4	2,5		0,7	M	2,1	M	0,4	P	1,1	M
Técnicos de cirurgia	2007	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3	0,3	0,2	0,7	0,2	0,2		0,6		0,1		0,2	
	2011	0,5	0,3	0,1	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,0	0,4	0,3	0,2	P	0,5	M	0,2	P	0,5	P
	2014	0,3	0,2	0,2	0,3	0,0	0,4	0,4	0,6	0,4	0,0	0,4	0,3	0,2	P	0,6	M	0,2	P	0,6	P

Rácios por 100.000 habitantes	Ano	Cabo Delgado	Niassa	Nampula	Zambézia	Tete	Manica	Sofala	Inhambane	Gaza	Maputo Província	Maputo Cidade	Média nacional	Com Maputo Cidade			Sem Maputo Cidade				
														Desvio Padrão	Amplitude		Desvio Padrão	Ampli-tude			
Técnicos de instrumentação	2015	0,3	0,0	0,2	0,2	0,0	0,4	0,3	0,6	0,1	0,0	0,4	0,2	0,2	P	0,6	M	0,2	P	0,6	P
	2007	0,6	0,5	0,2	0,4	0,9	0,3	1,2	0,5	0,9	0,2	2,9	0,6	0,8		2,7		0,3		1,0	
	2011	1,4	0,5	0,2	0,7	1,0	0,5	1,9	1,1	0,8	0,3	3,4	0,9	0,9	P	3,2	P	0,5	P	1,7	P
	2014	1,2	0,9	0,6	0,6	1,0	1,0	1,4	1,6	1,1	0,5	3,4	1,0	0,8	P	2,9	P	0,3	P	1,0	M
	2015	1,4	0,9	0,6	0,6	0,8	1,1	1,4	1,5	1,1	0,4	3,1	1,0	0,8	M	2,7	P	0,4	P	1,1	P
Administração hospitalar	2007	2,1	2,0	1,4	0,7	1,6	1,5	1,2	1,6	1,6	2,5	2,8	1,5	0,6		2,1		0,5		1,8	
	2011	1,8	2,0	1,6	0,8	1,9	1,3	2,4	1,4	1,8	4,8	2,0	1,6	1,0	P	3,9	P	1,1	P	3,9	P
	2014	1,3	2,3	1,6	0,9	1,3	1,4	1,9	1,1	1,6	1,8	2,4	1,5	0,5	M	1,5	M	0,4	M	1,3	M
	2015	1,4	1,6	1,4	1,1	1,2	1,4	2,2	1,3	1,6	1,8	3,1	1,5	0,6	M	2,0	M	0,3	M	1,1	M
Total das 10 áreas prioritárias	2007	51,7	77,4	51,1	41,6	54,1	63,9	86,4	78,2	71,3	61,0	175,5	65,2	36,4		133,9		14,4		44,8	
	2011	71,2	95,4	73,8	56,2	62,7	73,6	95,9	83,4	96,3	153,6	186,8	77,2	40,0	P	130,6	M	27,5	P	97,4	P
	2014	81,5	95,4	68,7	60,7	63,9	81,3	114,7	98,6	103,2	76,0	215,7	85,4	43,1	P	155,0	P	18,0	P	54,0	P
	2015	90,5	93,7	69,2	66,1	64,3	86,4	131,2	117,6	109,0	82,3	218,2		43,9	P	153,9	P	22,5	P	66,9	P

	Melhor rácio provincial observado em 2007
	Rácio de 2015 igual ou acima do melhor rácio provincial observado em 2007
	Rácio de 2011 e 2014 igual ou acima do melhor rácio provincial observado em 2007
	Rácio provincial mais baixo no ano

A meta definida no PNDRHS 2008-2015 foi de que todas as províncias deveriam ter rácios “iguais ou acima do melhor rácio provincial em 2007” (pág. 17). Analisando a última linha da tabela anterior, constata-se que as províncias de Cabo Delgado, Niassa, Sofala, Inhambane e Gaza alcançaram a meta definida pelo PNDRHS. Portanto, são províncias cujos rácios para o total das 10 áreas prioritárias ficou em 2014 acima do melhor rácio observado em 2007 (Sofala: 86,4)¹². As restantes províncias não alcançaram esta meta; ou seja, não alcançaram o melhor rácio observado em 2007 (Sofala: 86,4).

Com relação à dispersão ou iniquidade, parece importante reter o seguinte:

- Zambézia e Tete tem tido invariavelmente os piores rácios em termos de médicos, enfermeiros, ESMI, técnicos de laboratório e de farmácia.
- Em praticamente todas as profissões, a dispersão ou a iniquidade aumentou entre 2007 e 2015 (excepção deve ser feita a ESMI, Anestesiologia, Instrumentação e Administração Hospitalar).
- Com relação a ESMI, verificou-se efectivamente um cenário positivo de redução relativamente significativa na dispersão, facto concomitante com Zambézia ter tido um aumento de 11,5 profissionais por 100 mil habitantes só entre 2014 e 2015. Este facto demonstra esforço para redução do défice em ESMI nesta província.

Iniquidade associada à cobertura das Unidades Sanitárias

As iniquidades entre províncias *podem* estar associadas à iniquidade na cobertura de US. A tabela mostra que as Províncias da Zambézia, Tete e Nampula que possuem os piores rácios de técnicos de saúde por cada 100 mil habitantes, possuem igualmente os piores rácios de número de unidades sanitárias por 100 mil habitantes.

Tabela 12 – Técnicos de Saúde nas Unidades Sanitárias por Província

Província	População em 2015	Técnicos de Saúde no final de 2015 ¹³	# de US no final de 2015	Técnicos de Saúde / US	Técnicos de Saúde / 100 mil hab	População / US	US / 100 mil hab
Maputo Cidade	1.241.702	3.013	36	83,69	242,65	34.492	2,90
Sofala	2.048.676	2.873	152	18,90	140,24	13.478	7,42
Nampula	5.008.793	3.786	215	17,61	75,59	23.297	4,29
Manica	1.933.522	1.826	114	16,02	94,44	16.961	5,90
Cabo Delgado	1.893.156	1.858	118	15,75	98,14	16.044	6,23
Tete	2.517.444	1.779	121	14,70	70,67	20.805	4,81
Inhambane	1.499.479	1.902	130	14,63	126,84	11.534	8,67
Maputo Província	1.709.058	1.582	110	14,38	92,57	15.537	6,44
Zambézia	4.802.365	3.402	238	14,29	70,84	20.178	4,96
Gaza	1.416.810	1.686	135	12,49	119,00	10.495	9,53
Niassa	1.656.906	1.690	168	10,06	102,00	9.863	10,14
Nacional	25.727.911	25.397	1.537	16,52	98,71	16.739	5,97

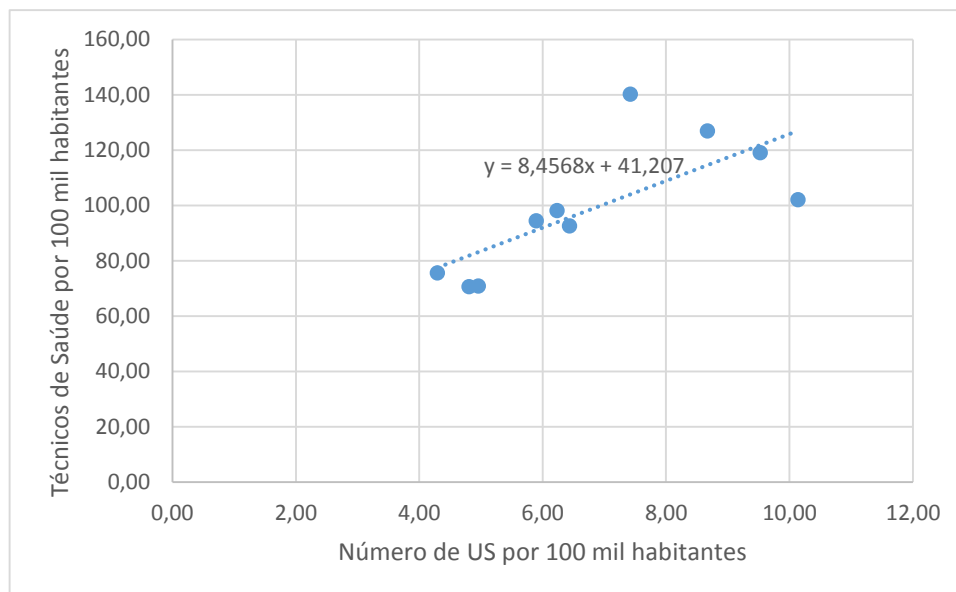
(fonte: sistematizado a partir dos anuários estatísticos emitidos pela DRH do MISAU e informação da rede sanitária do SIS-MA)

¹² Por forma a não distorcer a análise, Maputo Cidade está sempre excluída.

¹³ Os números não incluem técnicos de saúde no Órgão Central.

Como se pode ver no gráfico que se segue, parece haver uma correlação positiva entre o número de US por 100 mil habitantes (eixo X) e o número de técnicos de saúde por 100 mil habitantes (eixo Y).

Figura 1 – Correlação positiva entre o número de US e os técnicos de saúde por 100 mil habitantes



(fonte: análise feita a partir dos anuários estatísticos emitidos pela DRH do MISAU e informação da rede sanitária do SIS-MA)

Não obstante, não é possível afirmar que esta é a causa principal do aumento de iniquidade entre províncias. A título exemplificativo: Tete e Zambézia, as duas províncias com os piores rácios de técnico de saúde por 100 mil habitantes, tem também um **menor número de Técnicos de Saúde por Unidade Sanitária** (14,7 e 14,29) quando comparado com Cabo Delgado, Manica, Nampula e Sofala (15,75 a 18,9)¹⁴. Ou seja, existe ainda potencial de reforço no apetrechamento destas Províncias (Zambézia e Tete) em termos de técnicos de saúde por Unidade Sanitária.

Crescimento das iniquidades intra-provinciais

O crescimento da iniquidade na distribuição de técnicos de saúde por 100 mil habitantes verifica-se também entre distritos da mesma Província. No sentido de aferir o progresso no alcance do indicador (e por consequência do objectivo), foi calculado o desvio padrão e a amplitude em cada província a partir dos rácios distritais¹⁵.

A **Tabela 13** apresenta os desvios padrão (DP) e amplitude (A) para todas as províncias bem como o crescimento médio anual destes dois parâmetros (AGR).

¹⁴ Ainda que é provavelmente melhor comparar com Manica e Cabo Delgado dado que Sofala e Nampula possuem Hospitais Centrais, o que pode distorcer a análise.

¹⁵ Este cálculo foi possível de realizar apenas para os anos de 2011, 12, 13 e 14 por não haver informação anterior, tal como está dito no Relatório de Avaliação de Meio-termo do PNDRHS 2008-2015 (página 34). Na altura da elaboração deste PNDRHS, não existia também informação de 2015 validada para os distritos.

Tabela 13 – Desvios padrão e amplitude dos rácios do total de 10 profissões prioritárias por Província¹⁶

Província	Cabo Delgado		Niassa		Nampula		Zambézia		Tete		Manica	
Ano	DP	A	DP	A	DP	A	DP	A	DP	A	DP	A
2011	61,9	231,1	55,3	217,5	46,2	207,0	65,3	284,4	67,6	251,6	52,1	178,5
2012	76,4	313,0	56,9	235,8	149,9	711,3	63,3	274,6	68,2	252,2	58,8	184,7
2013	64,6	241,1	53,1	216,8	33,3	127,5	66,3	289,1	68,9	254,7	52,7	183,3
2014	64,2	248,7	75,0	273,4	38,6	180,3	75,4	324,5	69,9	260,9	51,8	177,8
AGR	1,2%	2,5%	10,7%	7,9%	-5,8%	-4,5%	4,9%	4,5%	1,1%	1,2%	-0,2%	-0,1%

Província	Sofala		Inhambane		Gaza		Maputo Província		Maputo Cidade	
Ano	DP	A	DP	A	DP	A	DP	A	DP	A
2011	55,9	234,8	77,5	317,6	60,4	212,8	30,7	74,5	365,8	1035,9
2012	51,5	138,1	93,1	363,6	57,8	178,8	37,4	101,2	454,2	1176,4
2013	44,8	170,1	97,2	378,4	72,4	252,1	56,8	179,6	483,2	1353,8
2014	45,5	158,5	96,0	378,8	72,0	258,4	40,3	92,1	456,6	1244,1
AGR	-6,7%	-12,3%	7,4%	6,1%	6,0%	6,7%	9,5%	7,3%	7,7%	6,3%

(fonte: sistematizado a partir dos anuários estatísticos emitidos pela DRH do MISAU)

Utilizando o desvio padrão como parâmetro, constata-se que a desigualdade intra-provincial (entre distritos) aumentou entre 2011 e 2014 em 8 províncias: Cabo Delgado, Niassa, Zambézia, Tete, Inhambane, Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade. O crescimento médio anual negativo está evidenciado a vermelho.

Na Província de Manica (evidenciado em cor alaranjada), o crescimento médio anual do desvio padrão é quase zero (-0,2%) indicando que a situação manteve-se praticamente a mesma em relação a 2007. A Província de Sofala apresenta o melhor crescimento médio anual (negativo em 6,9%), significando que é provavelmente a Província com melhor desempenho em termos de correcção de distorções entre os distritos.

Iniquidade na distribuição de técnicos de saúde entre zona rural e urbana e entre a rede primária e os outros níveis de atenção

Para além da iniquidade entre províncias e dentro das províncias, é importante considerar a distribuição dos técnicos de saúde entre a zona rural e urbana. Três quartos dos médicos do País e **mais de metade (56%)** dos técnicos de saúde concentram-se nas zonas urbanas. Esta desproporção torna-se muito acentuada quando se utiliza o mesmo denominador populacional (100 mil habitantes). A título ilustrativo: a) existem 176 técnicos de saúde por 100 mil habitantes nas zonas urbanas e apenas 65 nas zonas rurais; b) existem 12 médicos por 100 mil habitantes nas zonas urbanas e apenas 2 nas zonas rurais.

Tabela 14 – Distribuição de técnicos de saúde e médicos entre as zonas rural e urbana em 2015

Cadre		Urbano/Rural			%	
		Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano
Técnicos de saúde	Global	11.348	14.431	25.779	44%	56%
	Por 100 mil hab	65	176			
Médicos	Global	324	976	1.300	25%	75%
	Por 100 mil hab	2	12			
Áreas prioritárias	Global	10.504	13.132	23.636	44%	56%
	Por 100 mil hab	60	161			

(fonte: sistematizado a partir da base de dados do efectivo – DRH do MISAU)

¹⁶ O desvio padrão (DP) de Nampula para o ano de 2012 parece ser um *outlier*. Deve-se ao facto de que o rácio distrital da Ilha de Moçambique nesse ano apresenta um valor bastante cima do normal (740,2 profissionais por 100.000 habitantes). Parece haver problema com a qualidade de informação.

A desproporção entre o nível primário e os outros níveis parece estar bastante associada à constatação anterior (e é provavelmente causa). O nível primário de atenção, com 1.474 Unidades Sanitárias no final de 2015 (96% do total), conta com **um terço dos técnicos de saúde e 15% dos médicos** disponíveis do País.

Tabela 15 – Distribuição de técnicos de saúde e médicos entre o nível primário e os outros níveis de atenção de saúde em 2015

Cadre	Efectivo por Nível de Atenção			% de RHS	
	Efectivo no nível primário	Efectivo nos outros níveis	Efectivo total	No nível primário	Nos outros níveis
Técnicos de saúde	9.329	16.450	25.779	36%	64%
Médicos	201	1.099	1.300	15%	85%
Áreas prioritárias	8.846	14.790	23.636	37%	63%

(fonte: sistematizado a partir da base de dados do efectivo – DRH do MISAU)

Um desafio chave do próximo ciclo de gestão e desenvolvimento dos RHS em Moçambique é reverter o cenário das iniquidades existentes e crescentes.

4.1.3 Aceitabilidade dos RHS

Aceitabilidade dos RHS

- As constatações apresentadas em estudos e pesquisas realizadas no Sector da Saúde permitem concluir que existe ainda bastante fragilidade e um grande espaço de melhoria na aceitabilidade dos profissionais de saúde, em particular na redução de tratamento desrespeitoso e abusivo.
- A título ilustrativo: os Resultados preliminares da Avaliação da Qualidade dos Cuidados Obstétricos Essenciais apresentados na Reunião Nacional de Saúde Materno e Infantil em Dezembro de 2013 mostram que indicadores ainda bastante frágeis no tratamento nas maternidades.
- Uma iniciativa implementada por OSCs na monitoria dos serviços de saúde (financiada pelo Governo Suíço) também mostra prevalência de tratamento desrespeitoso e abusivo em Unidades Sanitárias.
- Ainda que de formal global 54% dos RHS sejam mulheres, existe uma desproporção significativa entre homens e mulheres em algumas ocupações, cujos técnicos de saúde têm um *relacionamento próximo ou quase próximo com o utente*, nomeadamente técnicos de anestesiologia (75% homens), técnicos de farmácia (70% homens), técnicos de medicina (65% homens), técnicos de medicina preventiva (56% homens), técnicos de odontoestomatologia (69% homens), técnicos de oftalmologia (71% homens) e técnicos de radiologia (80% homens).

Tratamento desrespeitoso e abusivo

A Aceitabilidade é provavelmente a dimensão mais difícil de medir e reportar pois está associada à provisão de cuidados com ética e com respeito devendo ao mesmo tempo ser sensíveis e apropriados à cultura e ao género da população servida (UNFPA, 2016, p. 54). A ausência de aceitabilidade tem sido associada ao tratamento desrespeitoso e abusivo (Ramirez, 2014).

O País conta com documentos legais e orientadores nesta matéria, nomeadamente a Política Nacional de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (SDSR) e a Estratégia de Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde 2011-2014, ambos de 2011. Os *papers*, estudos, pesquisas realizados a informação secundária disponível concentram-se nas áreas de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) e Saúde Materna e Neonatal (SMN). Os principais e mais recentes são:

- Avaliação da força de trabalho de Saúde Sexual, Reprodutiva, Materna e Neonatal (UNFPA, 2016).
- *Paper* sobre Aceitabilidade da Força de Trabalho de SMN (Ramirez, 2014).
- Relatório do Estado da Força de Trabalho de Saúde Materna e Neonatal em Moçambique 2013. (MISAU, 2013e).

- Avaliação das Necessidades de Serviços de Cuidados Obstétricos e Neonatais de Emergência em Moçambique (MISAU, 2012f).
- Avaliação da percepção de qualidade dos Serviços de Planeamento Familiar nas Unidades Sanitárias do SNS (MISAU, 2012g).

De uma forma global, as constatações apresentadas em diversos documentos permitem concluir que existe ainda bastante fragilidade e um grande espaço de melhoria na aceitabilidade dos profissionais de saúde, em particular na redução de tratamento desrespeitoso e abusivo. Aliás, o segundo objectivo estratégico definido no PESS 2014-2019 é precisamente **“Melhorar a qualidade e humanização”**.

Apresentam-se abaixo algumas constatações relevantes em termos dos obstáculos à aceitabilidade reportados em diferentes estudos:

- **Na Maternidade**, segundo os resultados preliminares da Avaliação da Qualidade dos Cuidados Obstétricos¹⁷:
 - 31% das mulheres internadas nas unidades sanitárias teve privacidade no local;
 - 29% das mulheres foram cumprimentadas pela enfermeira;
 - 69% das mulheres incentivadas a amamentar o bebé após o nascimento;
 - 44% das mulheres receberam ajuda para cuidar do bebé; e
 - 40% das mulheres foram perguntadas sobre o sangramento vaginal anormal.
- **Na Consulta de Planeamento Familiar**, segundo os resultados da Avaliação da percepção de qualidade dos Serviços de Planeamento Familiar nas Unidades Sanitárias do SNS (MISAU, 2012g):
 - 45,2% das entrevistadas tiveram a oportunidade de fazer perguntas de esclarecimento de aspectos não compreendidos durante a consulta e destas;
 - a apenas no 23,4% das mulheres, a provedora explicou que iria fazer a exame físico.

Adicionalmente, iniciativas paralelas de Organizações da Sociedade Civil (OSC) na monitoria da prestação de serviços de saúde mostram também prevalência de tratamento desrespeitoso e abusivo. Com financiamento da Cooperação Suíça para o Desenvolvimento (SDC), três OSC moçambicanas – a N’weti, o CESC e o CIP – encontram-se a implementar o Programa “Mais Vida” com foco na monitoria de serviços de educação e saúde a nível local¹⁸. Como parte deste Programa, o CESC implementa uma metodologia de avaliação da prestação de serviços pelas comunidades através de um Cartão de Pontuação Comunitária (CPC). Os relatórios apresentam indicações de tratamento desrespeitoso e abusivo por parte de técnicos de saúde:

Guijá 2014 “... existem casos de algum pessoal que por vezes berra e trata mal os utentes, principalmente quando o parto tiver sido fora da unidade sanitária e quando a parturiente ou acompanhante se recusa a lavar a roupa de cama usada durante o serviço de parto, aliás esta situação acontece em todas as unidades sanitárias periféricas do distrito; as mulheres grávidas devem levar a unidade sanitária seu sabão e seu telefone com lanterna para usar durante e depois do serviço de parto, respectivamente”.¹⁹

Chibuto 2014 “... existem casos de algum pessoal que por vezes “berra” e trata mal os utentes, por exemplo uma enfermeira afecta ao centro de saúde de Chipadja segundo o descrito: “*atende mal, trata mal e abusa do facto de ser a única enfermeira na unidade sanitária. Esta situação é do conhecimento dos líderes comunitários e do respectivo Chefe do Posto Administrativo que sem sucesso tem tentado resolver o problema*”.²⁰

Alto Molocué 2014 “... Entretanto, no hospital distrital foi mencionado que muitos dos funcionários tem a prática de gritar com os doentes”.²¹

¹⁷ Resultados preliminares da Avaliação da Qualidade dos Cuidados Obstétricos Essenciais apresentados na Reunião Nacional de Saúde Materno e Infantil, Dezembro 2013. Realizada em 22 distritos das 11 províncias do país.

¹⁸ Um dos Outcomes do Programa é: “Increased Citizens and CSO interventions that hold health service providers and the district authorities accountable in the selected 12 Districts”.

¹⁹ Relatório Distrital de Cartão de Pontuação Comunitária do Distrito de Guijá em 2014. CESC.

²⁰ Relatório Distrital de Cartão de Pontuação Comunitária do Distrito de Chibuto em 2014. CESC.

²¹ Relatório Distrital de Cartão de Pontuação Comunitária do Distrito de Alto Molocué em 2014. CESC.

Os resultados da avaliação dos padrões nas 88 maternidades abrangidas pela Iniciativa de Maternidade mostra que, com intervenção adequada, os resultados podem melhorar. A evolução mostra que em 2009 o critério “qualidade de parto e pós-parto” melhorou de 30,6% para 64,6% de cumprimento. Mostra ainda que a “qualidade de consulta pré-natal e pós-natal” melhorou de 41,5% para 64,7% (Ramirez, 2014, p. 5, citando Iniciativa de Maternidade Modelo, 2013 MISAU com apoio de MCHIP).

Género nos RHS

54% dos RHS de Saúde são mulheres. A distribuição é razoavelmente equitativa nos níveis de formação com uma tendência para mais mulheres do que homens nos níveis elementar e básico. Em termos globais, a tendência é haver mais homens nos níveis médio e superior, mas não numa disparidade significativa.

Tabela 16 – Género nos profissionais de saúde no final de 2015

Nível académico	Técnicos de Saúde		Outros RHS	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Elementar	65,33%	34,67%	57,67%	42,33%
Básico	55,88%	44,12%	58,71%	41,29%
Médio	49,38%	50,62%	54,34%	45,66%
Superior	48,52%	51,48%	52,46%	47,54%

(fonte: sistematizado a partir da base de dados do efectivo – DRH do MISAU)

O maior peso das mulheres nos técnicos de saúde de nível elementar e básico está muito associado às ESMI pois 100% destas são mulheres. Do ponto de vista da aceitabilidade, este facto parece estar alinhado e responder a características e traços culturais prevalentes em Moçambique, em que a Sociedade (mulheres e homens) *preferem* que os cuidados de SSR às mulheres seja realizado por mulheres. No entanto, este padrão não se verifica nos Especialistas em Ginecologia e Obstetrícia; apenas 26 dos 71 especialistas moçambicanos e estrangeiros desta área, no final de 2015, são mulheres²². Este facto *pode eventualmente* obstruir a aceitabilidade nos cuidados de SSR nos níveis de atenção terciário e quaternário, aspecto que merece estudo mais detalhado.

Quando se faz uma análise mais pormenorizada, percebe-se uma disparidade considerável nos técnicos de saúde de nível médio com *relacionamento próximo ou quase próximo com o utente* e, portanto, onde *em princípio* deveria haver um melhor equilíbrio de género (os casos mais salientes são marcados a cor).

Tabela 17 – Ocupações de saúde com desequilíbrio de género no final de 2015

Técnicos de Saúde de Nível Médio (Ocupações selecionadas)	Mulheres (%)	Homens (%)	Mulheres (#)	Homens (#)
Enfermeiro elementar	39,39%	60,61%	219	337
Técnico de Anestesiologia	24,05%	75,95%	38	120
Técnico de Farmácia	29,71%	70,29%	339	802
Técnico de Instrumentação	40,69%	59,31%	94	137
Técnico de Laboratório C	22,47%	77,53%	240	828
Técnico de Medicina	34,33%	65,67%	574	1098
Técnico de Medicina Física e Reabilitação	37,26%	62,74%	98	165
Técnico de Medicina Preventiva	43,90%	56,10%	565	722
Técnico de Odontoestomatologia	30,97%	69,03%	70	156
Técnico de Oftalmologia	29,20%	70,80%	33	80
Técnico de prótese – ortoprotesia	39,29%	60,71%	11	17
Técnico de Radiologia	19,91%	80,09%	45	181

(fonte: sistematizado a partir da base de dados do efectivo – DRH do MISAU)

²² Análise feita à base de dados do efectivo no final de 2015.

4.1.4 Qualidade dos RHS

Qualidade dos RHS

- Existe uma forte e generalizada preocupação em quase todos os stakeholders consultados sobre a qualidade do processo formativo e dos respectivos graduados. Pelo menos sete factores que contribuem para este problema de forma cumulativa na cadeia de valor do processo formativo, nomeadamente: (1) fragilidades no Ensino Secundário Geral; (2) frágil “filtragem” à entrada da IdF; (3) gestores, professores e estudantes das IdF do MISAU não preparados para Formação Modular; (4) relatos de corrupção; (5) frágeis condições nos campos de estágio; (6) inexistência de acreditação externa; (7) inexistência de “filtragem” à entrada do SNS.
- Uma das causas subjacentes a este cenário parece ser a pressão e o foco excessivo na quantidade de pessoas a formar, ainda que compreensível dado o défice de RHS.
- Adicionalmente, não existe em Moçambique qualquer mecanismo de licenciamento e relicenciamento dos técnicos de saúde, que terá certamente influência na qualidade dos mesmos.
- Uma dimensão de qualidade (ainda que discutível) é o nível académico dos RHS. Registou-se no Sector uma redução da proporção dos níveis elementar e básico e um aumento da proporção dos níveis médio e superior. A redução da proporção dos níveis elementar e básico é mais evidente nos técnicos de saúde (regime especial). Efectivamente, nos outros regimes, o número de funcionários de nível elementar cresceu 35% entre 2008 e 2015. Como consequência, o Sector contava com mais de 16 mil funcionários de nível elementar nos outros regimes no final de 2015.

Forte percepção de baixa qualidade nos técnicos de saúde recém-graduados

Existe uma forte e generalizada preocupação nos gestores e técnicos no nível central e provincial bem como nos parceiros de cooperação (consultados no âmbito da Avaliação do PNDRHS 2008-2015 e avaliação e da elaboração deste PNDRHS) com relação à qualidade do processo de formação inicial e com a qualidade dos respectivos graduados.

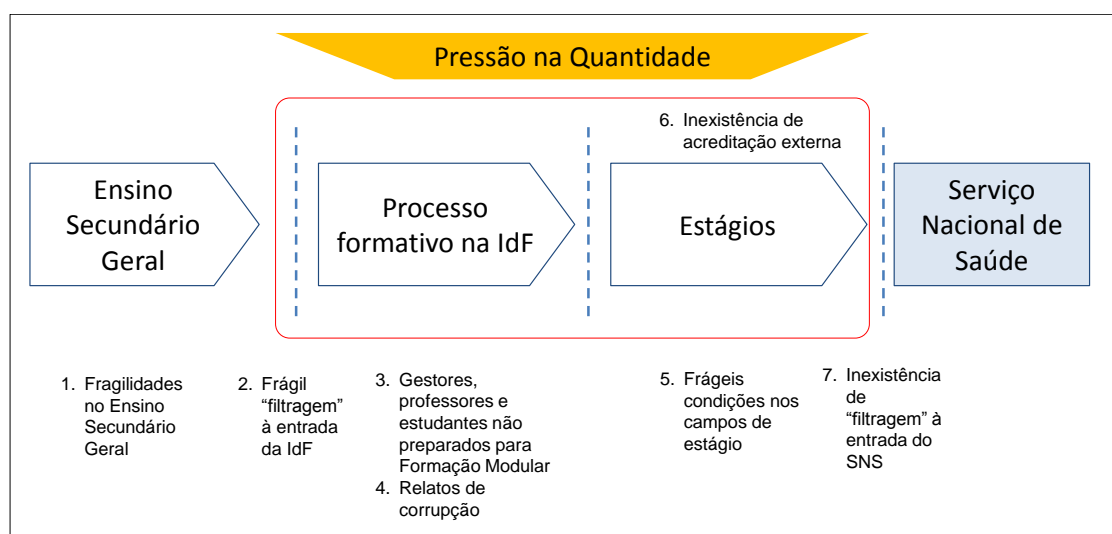
Não parecem existir estudos abrangentes e actuais que possam validar ou não objectivamente esta percepção generalizada. No entanto, durante o processo de consultas para a elaboração deste PNDRHS, os directores distritais e os médicos chefe distritais reportaram de forma insistente que os recém-graduados das IdF do MISAU (técnicos de saúde de nível médio) por vezes não sabem realizar procedimentos básicos de enfermagem e que inclusivamente têm fragilidades na utilização da língua portuguesa.

Foi igualmente reportado que a qualidade dos graduados de determinadas IdF é melhor do que de outras (ex: foi reportado que os graduados de Massinga, Chicumbane e Beira apresentam uma melhor preparação).

Cadeia de valor do processo formativo (IdF do MISAU)

O efeito cumulativo dos **problemas** e **constrangimentos** ao longo da cadeia de valor do processo formativo pode explicar o fenómeno da baixa qualidade dos graduados das IdF do MISAU.

Figura 2 – Fragilidades ao longo da Cadeia de Valor do processo formativo



Apresenta-se seguir uma breve explicação de cada ponto:

1. **Fragilidades no Ensino Secundário Geral (ESG).** O sistema formativo dos técnicos de saúde não existe no vácuo – ele existe dentro de um contexto de afirmada fragilidade na formação secundária geral (Banco Mundial, 2012). Aliás, o Plano Estratégico do Sector da Educação 2012-2016 e o discurso político corrente colocam uma grande ênfase na necessidade de aumentar a qualidade no ensino geral.

Sendo que a maior parte dos ingressos às IdF do MISAU (e também às do Sector Privado) são produto do ESG, a frágil qualidade dos graduados tem a sua primeira causa aí.

Este não seria um constrangimento se existisse uma melhor “filtragem” à entrada das IdF.

2. **Frágil “filtragem” à entrada da IdF.** Ainda que existam exames de admissão à entrada, as IdF parecem recolher os graduados da 10ª ou 12ª classe que “não tem alternativa melhor”. Esta expressão foi bastante mencionada nas consultas realizadas às províncias no âmbito da elaboração deste PNDRHS. O facto de que o “emprego é garantido ao entrar na IdF” é tipicamente a razão de entrada – ao invés da vocação. Durante as consultas realizadas, foram também colocadas muitas dúvidas sobre a eficácia dos exames psicotécnicos realizados à entrada das IdF, para aferir a real vocação dos novos ingressos para cuidados de saúde.

3. **Gestores, professores e estudantes não preparados para Formação Modular.** Os curricula de ESMI, Enfermagem Geral, Técnicos de Medicina geral, Técnicos de Medicina Preventiva e Estatística Sanitária foram revistos recentemente e foram introduzidos cursos modulares nestas 4 áreas de formação.

Este sistema de formação foi bastante criticado durante as consultas realizadas às províncias no âmbito da elaboração deste PNDRHS. Ainda que este sistema esteja concebido para focar nas *competências necessárias*, aparentemente nem os gestores, nem os professores e nem os estudantes estão preparados para receber o sistema de formação modular.

Por um lado, os **professores** parecem continuar a utilizar “antigos” materiais e métodos de ensino orientados ao conhecimento teórico num sistema modular que se quer diferente e orientado ao desenvolvimento de competência. Gestores e professores de IdF presentes reportaram que “o que era suposto assimilar em 6 meses deve agora ser feito em 2 semanas”, sintomático da continuidade da utilização de sistemas de ensino antigos para uma abordagem que se pretende diferente.

Com relação à contratação de professores, é frequente ouvir-se “se alguém se porta mal, vai para a IdF”. Não existem critérios de selecção de docentes para as IdF. Apesar da realização de alguns cursos (numa base *ad-hoc*), os professores efectivos tem fraca preparação psico-pedagógica para formação em áreas de saúde. A prevalência de muitos professores eventuais também não assegura uma consistência adequada ao processo de aprendizagem.

Por outro lado, e bastante reforçado ao longo das consultas, os **estudantes das IdF não estão preparados (como resultado dos #1 e #2) para absorver 20 horas seguidas de uma só disciplina (em formação modular)**. “No meu tempo, nós tínhamos aulas de manhã e prática à tarde durante todos os 3 anos. Agora o estágio são umas semanas lá no fim” – afirmou um professor de IdF presente nas consultas realizadas.

Finalmente, os gestores das IdF também não parecem ter o melhor domínio das implicações práticas da formação baseada em padrões de competência e da formação modular. Por exemplo, não estão ainda institucionalizados de forma generalizada *testes e exames para demonstração de competência / habilidades*.

Adicionalmente, a introdução de 2 turnos na maior parte das IdF – por forma a aumentar o número de ingressos e graduados – pode ter também um efeito negativo na qualidade do processo formativo.

4. **Relatos de corrupção.** A problemática da corrupção, que aliás é global para o País como se pode depreender dos índices internacionais²³, faz-se presente também nas IdF do MISAU. Não existem *reportes* formais de fraude académica. No entanto, e pela delicadeza que encerra, este assunto foi superficial mas suficientemente mencionado ao longo das consultas realizadas. Essencialmente parece que (certos) professores “facilitam” a

²³ A Transparência Internacional classifica Moçambique no lugar 112 de 168. Fonte: <https://www.transparency.org/country/#MOZ> acedido em 27 de Junho de 2016.

passagem dos estudantes nos testes e exames. Este assunto precisa necessariamente de ser aprofundado, por forma a determinar-se a sua abrangência e impacto no sentido de se tomarem medidas correctivas.

5. **Frágeis condições nos campos de estágio.** É percepção generalizada que os campos de estágio não só são inadequados para uma formação de qualidade, mas estão também são insuficientes e encontram-se normalmente superlotados. A superlotação não permite uma atenção suficiente e dedicada dos supervisores ou tutores de estágio aos estudantes. A relação com os tutores e entre os tutores e os estudantes não é a mais conducente para um eficaz processo e aprendizagem. É reportado que os tutores de estágios recebem subsídios tardiamente, reduzindo a motivação e a qualidade do processo de acompanhamento dos estudantes. Ouve-se com frequência o tutor: “quem quiser aprende, quem não quiser vai sair como entrou”.
6. **Inexistência de acreditação externa.** Não existe em Moçambique uma instituição (similar por exemplo ao South African Nursing Council) que acredite **as instituições de formação e os programas** na área da Saúde. A Autoridade Nacional da Educação Profissional (ANEP) está em fase de estabelecimento e terá um papel neste sentido, mas não na área da Saúde, pelo menos no curto prazo.

Por razões históricas e válidas dado o contexto do País pós-independência, o Ministério de Saúde assumiu e tem assumido e acumulado um papel triplo no Sector da Saúde: o de regulador, o de implementador (como gestor do SNS) e também o de formador para os níveis básico e médio da Saúde (através das suas IdF).

Historicamente, a formação pública em Saúde nunca esteve ligada ao sub-sector de Ensino Técnico Profissional (antes sob alçada dos Ministérios da Educação e do Trabalho e agora do Ministério da Ciência, Tecnologia, Ensino Superior e Técnico Profissional).

Este contexto institucional e legal, não havendo qualquer mecanismo de acreditação externa, gera não só um potencial conflito de interesse, mas também contribui para os pontos #2, #3, #4 e #5 acima detalhados.

Este cenário agrava-se com o recente fenómeno na formação privada em saúde, que tem um enquadramento diferente, mas mais preocupante. As licenças são atribuídas pelo Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano (MEDH), sem envolvimento ou com envolvimento mínimo do MISAU, sem qualquer mecanismo de acreditação e controle externo de qualidade.

7. **Inexistência de “filtragem” à entrada do SNS.** Finalmente, no final da cadeia de valor, todos os graduados das IdF do MISAU tem (pelo menos até final de 2016) entrada automática e garantida no Serviço Nacional de Saúde. Esta realidade, ainda que compreensível dado o grande défice que existe, também não contribui positivamente para promoção da qualidade, quer no SNS, quer a montante no processo formativo.

Em face de um cenário de fortes restrições orçamentais e de aumento da oferta de graduados, o MISAU tomou já a decisão de lançar concursos para admissão de técnicos de saúde a partir de 2017.

A futura existência deste “filtro” à entrada do SNS **e que se subordine a critérios rigorosos de demonstração de competência**, poderá ter a médio prazo um efeito a montante na qualidade do processo formativo nas IdF públicas e privadas.

É de se crer que todos os elementos acima, actuando perfeitamente de forma sistémica e integrada, produzam o efeito cumulativo da baixa qualidade (real ou percebida) dos novos ingressos ao Serviço Nacional de Saúde.

A principal causa deste cenário parece ser a pressão e o foco excessivo na quantidade de pessoas a formar, ainda que compreensível dado o défice de RHS. Esta foi também política clara também do sector da Educação ao longo dos últimos 15 anos. Este tópico e algumas evidências serão detalhadas na Secção 4.2.2.

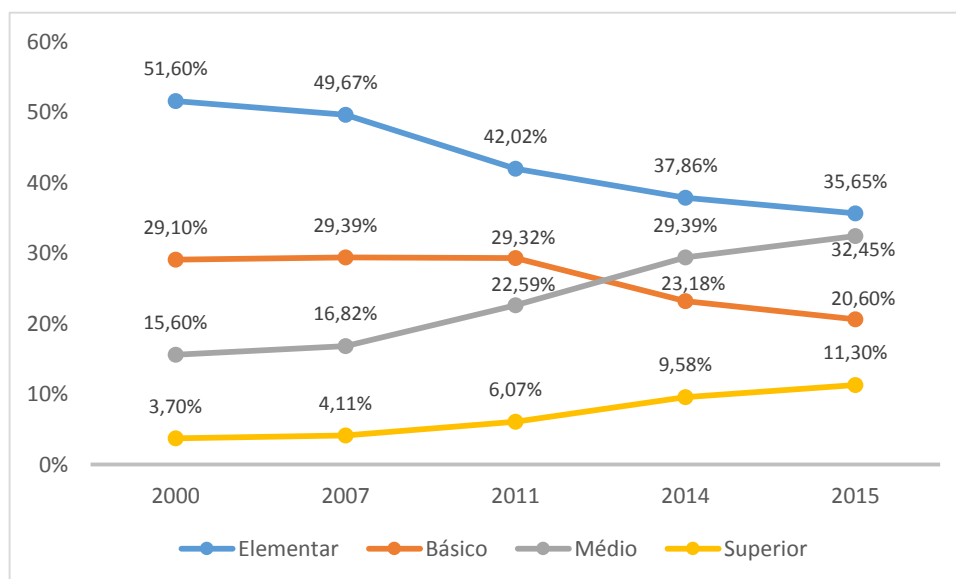
Inexistência de licenciamento e relicenciamento dos profissionais de saúde

Não existe em Moçambique qualquer mecanismo de licenciamento e relicenciamento dos profissionais de saúde, muito menos um que seja baseado na verificação externa da demonstração de padrões de competência. Excepção pode ser feita aos médicos de clínica geral que seguem um processo de registo *essencialmente administrativo* junto à Ordem dos Médicos.

Crescimento no nível académico

Muito à luz das orientações do PNDRHS 2008-2015, verificou-se neste período um estreitamento da base da pirâmide académica (nível elementar e básico) e alargamento do nível médio e superior. A figura seguinte permite uma análise visual da evolução da estrutura da pirâmide profissional.

Figura 3 – Evolução da estrutura da pirâmide profissional (2000, 2007, 2011, 2014 e 2015)



(fonte: Avaliação do PNDRHS 2008-2015 e análise do efectivo no final de 2015)

É importante ressaltar que mais de um terço (35,65%) dos RHS em 2015 tem o nível elementar (ou pelo menos este é o nível reportado nos sistemas de informação). 92% destes estão em Outros Regimes e são maioritariamente os 12.855 “Serventes de Unidades Sanitárias”.

É possível visualizar na tabela seguinte que o número de profissionais de nível elementar reduziu em 40% no Regime Especial de Saúde, mas cresceu 35% em cerca de 4.200 profissionais nos Outros Regimes.

Tabela 18 – Evolução do nível elementar nos dois regimes entre 2007 e 2014

Regime	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Crescimento
OR	11.874	12.471	13.258	13.353	13.187	13.827	14.057	15.287	16.070	35%
	84%	86%	87%	87%	88%	89%	92%	92%	93%	
RE	2.189	1.982	1.923	1.911	1.730	1.685	1.293	1.400	1.301	-40%
	16%	14%	13%	13%	12%	11%	8%	8%	7%	

(fonte: Avaliação do PNDRHS 2008-2015 e sistematização feita a partir da base de dados do efectivo de 2015)

O estreitamento da base da pirâmide académica parece ser muito maior no Regime Especial de Saúde dado que o crescimento médio anual entre 2007 e 2015 foi -6,5% e 0,7% respectivamente nos níveis elementar e básico. Estas taxas são *melhores* do que as observadas em Outros Regimes.

Tabela 19 – Evolução estrutura da pirâmide profissional no RE e em OR e crescimento médio anual entre 2007 e 2014

Regime Especial de Saúde	Nível	2007	2011	2014	2015	AGR
	Elementar	15,06%	9,11%	6,11%	5,05%	-6,5%
	Básico	50,58%	47,28%	35,52%	30,07%	0,7%
	Médio	28,29%	35,48%	46,23%	49,82%	14,2%
	Superior	6,07%	8,12%	12,14%	15,06%	18,5%
Outros Regimes	Nível	2007	2011	2014	2015	AGR
	Elementar	86,21%	79,82%	72,24%	70,01%	3,8%
	Básico	7,02%	8,69%	9,81%	9,96%	10,8%
	Médio	4,72%	7,78%	11,14%	12,95%	19,0%
	Superior	2,05%	3,71%	6,80%	7,08%	21,9%

(fonte: Avaliação do PNDRHS 2008-2015 e sistematização feita a partir da base de dados do efectivo de 2015)

Por outro lado, percentualmente, o **alargamento do corpo da pirâmide académica** parece ter sido maior nos Outros Regimes dado que o crescimento médio anual entre 2007 e 2015 foi de 19% e 21,9% nos níveis médio e superior respectivamente. Ou seja, estas percentagens de crescimento médio foram superiores às percentagens análogas observadas no Regime Especial (14,2% e 18,5%).

A relativamente maior disponibilidade de cursos de gestão nas Províncias comparativamente aos cursos de saúde e o fenómeno das mudanças de carreira estão provavelmente associadas a este facto.

4.2 VARIÁVEIS EXPLICATIVAS

As constatações feitas à cobertura dos RHS nas dimensões de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade podem ser explicadas em grande medida por, pelo menos, 5 variáveis relevantes como se apresenta na figura que se segue.

Figura 4 – Variáveis explicativas da actual cobertura dos RHS



A tabela que se segue apresenta uma possível ligação entre as 4 dimensões de cobertura e as 5 variáveis explicativas. É importante ter sempre em consideração que a realidade é sempre muito mais complexa do que a modelação e a representação em forma bidimensional, pelo que qualquer correlação deve ser lida com esta cautela.

Tabela 20 – Sumário da relação entre 5 variáveis explicativas e as 4 dimensões de cobertura

5 Variáveis explicativas	Dimensões de Cobertura de RHS			
	Disponibilidade	Acessibilidade	Aceitabilidade	Qualidade
Fragilidade nos referenciais estratégicos e operacionais		A não existência e implementação de referenciais existentes tem contribuído para piorar a iniquidade na distribuição dos RHS.		A não existência / implementação de mecanismos de <i>enforcing</i> de qualidade afecta negativamente a qualidade dos graduados das IdF do MISAU e dos novos ingressos ao SNS.
Pressão na quantidade	A pressão para a produção de graduados nas IdF tem contribuído para a melhoria nos rácios de técnicos de saúde entre 2008 e 2015.		A pressão para a produção de graduados nas IdF pode explicar os baixos indicadores de “trato” (pelo menos nos estudos na área de SSRMN)	A pressão para a produção de graduados nas IdF pode explicar a generalizada queixa com relação à qualidade dos recém-graduados.

5 Variáveis explicativas	Dimensões de Cobertura de RHS			
	Disponibilidade	Acessibilidade	Aceitabilidade	Qualidade
Fraca retenção na área ocupacional e no nível médio	A fragilidade na retenção dos profissionais de saúde na área ocupacional <i>pode afectar</i> negativamente a disponibilidade dos mesmos (dado que “migram” para outros regimes)	A fragilidade na retenção dos profissionais no nível médio <i>pode afectar</i> negativamente a disponibilidade dos mesmos na rede primária e nas zonas rurais.		
Frágil capacidade de gestão, <i>principalmente</i> a nível local		A fragilidade no desempenho das áreas de RH <i>afecta negativamente</i> a equidade na distribuição dos RHS.		
Elevadas restrições orçamentais	As restrições orçamentais do OE podem explicar o grande número de “fora de quadro” e o ainda grande défice de RHS.			As restrições orçamentais podem explicar a fragilidade no processo formativo das IdF do MISAU.

Apresenta-se a seguir a problematização destas cinco variáveis, que não só são explicativas da avaliação feita às dimensões de cobertura, mas proporcionam por si próprias informação complementar com relação aos RHS e à sua gestão.

4.2.1 Fragilidade nos referenciais estratégicos e operacionais

Fragilidade nos referenciais estratégicos e operacionais
<ul style="list-style-type: none"> A gestão dos RHS em Moçambique é essencialmente administrativa. Não estão ainda desenvolvidos modelos e instrumentos que possam implementar uma gestão estratégica de RH. Com relação a referenciais estratégicos: a) continua a não existir um quadro tipo por US tipo e uma metodologia de aplicação do quadro tipo com base em critérios, incluindo o perfil epidemiológico e a carga de trabalho; b) não está ainda disponível um Cadastro completo e actualizado de US; c) existe a necessidade de revisão de documentos de enquadramento legal e institucional; d) não existem ou não são utilizados perfis por ocupação; e) as avaliações de desempenho não são realizadas com base em perfis e metas de desempenho apropriadas para o Sector; f) o Sistema de Carreiras e Remunerações não está ajustado às necessidades do Sector da Saúde; g) a Formação Contínua continua fragmentada, não resulta de <i>inputs</i> da avaliação de desempenho e não conta para desenvolvimento de carreira. Com relação a referenciais operacionais: a) a colocação de técnicos de saúde para as Províncias não respeita necessariamente os planos de colocação; b) a alocação de técnicos de saúde nos distritos segue critérios pouco claros e/ou pouco válidos; c) prevalece o fenómeno das alterações de colocação. Todos estes elementos contribuem para uma maior iniquidade na distribuição de RHS e, portanto, uma utilização menos eficiente dos mesmos.

A avaliação do anterior PNDRHS concluiu que: “ficaram por implementar estratégias e actividades chave: definição e implementação de quadro tipo de RH por US tipo; revisão e actualização do perfil dos RHS e a aprovação de um pacote revisto, actualizado e integrado de compensações indexado a critérios de avaliação de desempenho”.

Referenciais estratégicos

A gestão dos RHS em Moçambique é essencialmente administrativa. Não estão ainda desenvolvidos modelos e instrumentos que possam implementar uma **gestão estratégica de RH**. Isto explica-se por:

- Continua a não existir um quadro tipo por US tipo e uma metodologia de aplicação do quadro tipo com base em critérios, incluindo o perfil epidemiológico e a carga de trabalho.**

O decreto 127/2002 está totalmente desactualizado. Existe uma proposta para a revisão do Decreto com o quadro tipo por US tipo. Foram elaborados vários documentos *ad hoc* mas a maior parte destes documentos não estão formalizados. Em coordenação com outras unidades orgânicas, a DRH fez a revisão do quadro tipo dos CSR do Tipo 1 e 2, que não foi ainda aprovada. É necessário garantir maior coordenação e alinhamento de trabalho entre DRH e unidades orgânicas core do MISAU neste tipo de actividades.

Aliás, é importante aqui referenciar que a definição de um quadro tipo por US tipo deve respeitar uma clara definição de carteira de serviços por tipologia de US – tal instrumento – ainda que exista e seja informalmente referenciado – não está ainda formalizado no SNS.

- **Inexistência de um Cadastro completo e actualizado de US.** Um cadastro completo e actualizado de US – ligado aos sistemas de informação de gestão de RHS – é fundamental para suportar o processo de distribuição e redistribuição adequada de RHS em função da infra-estrutura, equipamento e outras características das US disponíveis. Não existe **plano integrado de infra-estruturas, equipamentos e recursos humanos**; está em curso um mapeamento das infra-estruturas que poderá informar a elaboração do quadro tipo por US tipo.
- **Necessidade de revisão de documentos de enquadramento legal e institucional.** O Governo de Moçambique (GoM) aprovou recentemente normas de organização da estrutura do Estado. Esta aprovação leva à necessidade de rever o Decreto de Criação do MISAU, Estatuto Orgânico, Regulamento Interno e Quadro de Pessoal do nível central. Espera-se que os Serviços Distritais de Saúde (SDS) terão o Quadro de Pessoal da zona geográfica sob sua tutela.
- **Inexistência ou não utilização de perfis por ocupação.** Em alguns casos não estão definidos os perfis das ocupações (*job descriptions* completos e uniformes). Em alguns casos estes existem, mas não são conhecidos pelos gestores de nível local e de US. Caso existam, os perfis não são utilizados para efeitos de gestão de pessoas (ex: planeamento e alocação de trabalho, definição de objectivos individuais, avaliação de desempenho, identificação de gaps, definição de necessidades de formação individual, entre outros).
- **Avaliações de desempenho não são realizadas com base em perfis e metas de desempenho apropriadas para o Sector.** Como consequência do ponto anterior, a avaliação de desempenho (feita através do SIGEDAP) é feita tipicamente para cumprir uma norma existente. Como é actualmente realizada – na sua grande parte – ela não é eficaz para uma avaliação real das competências das pessoas com impacto na tomada de decisões com relação ao seu desenvolvimento profissional contínuo.
- **Sistema de Carreiras e Remunerações não ajustado às necessidades do Sector da Saúde.** O actual sistema de carreiras e remunerações na Administração Pública está associado ao nível académico, o que faz com que o pessoal invista na formação com vista a ascender a “níveis mais altos da carreira” (leia-se “melhores salários”), sem no entanto se olhar para a componente de competências. Persistem ainda carreiras “truncadas” no regime especial de saúde leva a que os profissionais tenham de recorrer a mudanças de carreira.

Está em curso a elaboração do Estatuto dos Profissionais de Saúde e o desenvolvimento de novas carreiras que visam incorporar elementos específicos do Sector e paralelamente vai ser feita uma revisão e actualização das carreiras vigentes.

- **Formação contínua fragmentada, não resulta de *inputs* da avaliação de desempenho institucional e individual e não conta para desenvolvimento de carreira.** Os esforços de desenvolvimento profissional contínua não tem actualmente qualquer impacto no desenvolvimento de carreira. São bastante dirigidos pelo *poder financeiro* dos programas verticais.

A Estratégia de Formação Contínua foi elaborada, mas não está a ser implementada. Assim, similarmente à situação encontrada em 2007, as formações contínuas continuam a ser *ad hoc* e não existe uma planificação integrada. Uma das principais causas é o facto de que os programas verticais têm força o poder de decisão (e financiamento) em relação aos gestores da formação contínua (continuam até situações de não informar a realização de formações). A implicação negativa deste facto é que a formação contínua não fica ligada à progressão na carreira por via de sistemas de acumulação e transferência de créditos para formação formal.

Apesar de haver um Sistema Informático de registo (SIFo), não existe ainda um sistema integrado de gestão da formação contínua que permita uma adequada identificação de necessidades de Formação Contínua (com base em gaps de desempenho), o adequado e completo registo da formação realizada por cada indivíduo, a análise da evolução centrada no indivíduo, a acumulação de crédito, bem como reflexos no desenvolvimento de carreira.

Referenciais operacionais

A não existência de um quadro tipo por US tipo é agravada por pelo menos dois fenómenos que cumulativamente contribuem para o aumento das desigualdades entre províncias e para o aumento das distorções distritais evidenciadas acima na dimensão de Acessibilidade:

- **Não implementação de planos de colocação para as Províncias.** O plano de colocação (para os anos de 2014 e 2015) teve em conta vários critérios válidos tais como: população, número de camas, número de cadeiras, equipamento, rede sanitária (para além do critério base de população).

No entanto, os números definidos para colocação não foram efectivamente respeitados no processo de implementação. Verificam-se disparidades entre o plano e a colocação real, que reforçam as iniquidades entre Províncias.

- **Crítérios pouco válidos na alocação aos distritos.** A colocação dos técnicos de saúde nos distritos (feita a partir das DPS) também não respeita critérios válidos em termos de rácios por 100 mil habitantes, perfil epidemiológico, infra-estruturas existentes.
- **Alterações de colocação.** Várias vezes, após a colocação na província, o recém-graduado nem se apresenta e pede alteração da colocação: são pedidos de transferência antes de nomeação definitiva, o que não tem enquadramento legal. Consequentemente, determinadas províncias chegam a não receber pessoas de determinados grupos profissionais. Segundo o Informe de Colocação de Pessoal de 2012 e 2013, cerca de 11,2% dos 2.459 profissionais colocados em 2012 solicitaram recolocação, sendo a Província mais afectada a Zambézia.

Este PNDRHS identifica um conjunto de iniciativas estratégicas com o propósito de iniciar um processo de mudança neste quadro.

4.2.2 Pressão na quantidade e aumento da oferta do Sector Privado

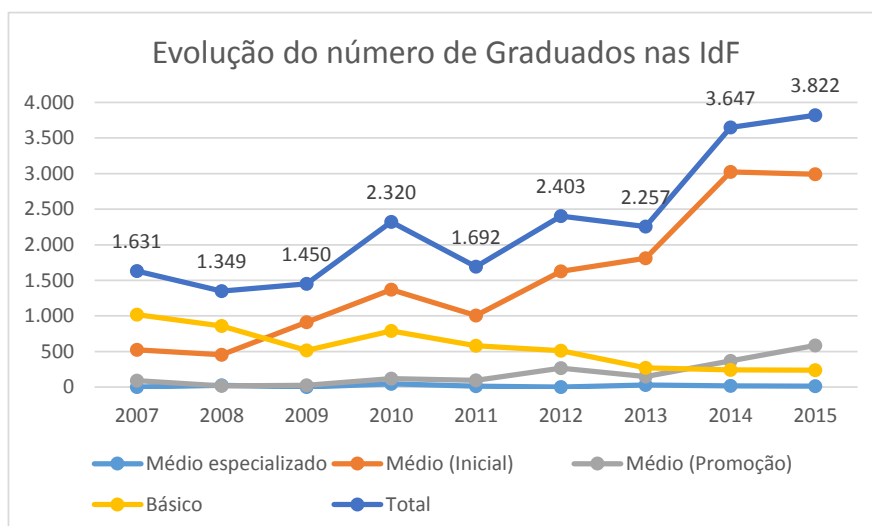
Pressão na quantidade e aumento da oferta do Sector Privado

- O anterior ciclo de desenvolvimento de RHS caracterizou-se visivelmente por uma política expansionista (explícita ou implícita) por forma a reduzir o défice de RHS. Como consequência da pressão na quantidade, a capacidade formativa do MISAU aumentou significativamente: no período 2007 a 2015 foram graduados perto de 20 mil técnicos de saúde nas Instituições de Formação do MISAU (cursos iniciais e cursos de promoção). Ademais, nota-se um crescimento quase que exponencial no número de graduados entre 2011 e 2015 (comparado com números mais estáveis nos anteriores).
- Esta pressão na quantidade de pessoas a formar (para além dos factores já mencionados na Secção referente à qualidade), parece ter tido reflexos negativos nos processos de gestão da qualidade da formação e qualidade dos graduados e resultar na percepção generalizada de frágil qualidade dos recém-graduados.
- A pressão na quantidade não ajudou na melhoria de indicadores que são *proxies* de qualidade: a) o rácio docentes / turma não melhorou nos últimos 8 anos como previsto e recomendado no anterior PNDRHS; b) o rácio de graduados por docente não reduziu; c) o rácio de 30 estudantes por turma é alto; d) existe uma grande disparidade no número de docentes efectivos por estudante entre as IdF; e) existe uma grande disparidade nos docentes efectivos com nível de licenciatura entre as IdF; f) procedeu-se à redução da duração de cursos de Enfermagem e ESMI, referida consistentemente como tendo efeitos negativos na qualidade dos graduados; g) houve uma **redução para metade** do orçamento real por graduado.
- Por outro lado, um fenómeno recente a ter em consideração é o aumento da oferta de técnicos graduados pelo Sector Privado. A não existência de uma entidade de acreditação externa de instituições e programas de formação em saúde pode propiciar uma formação bastante deficiente numa área (saúde) com impacto directo na qualidade de vida da população.

Aumento significativo do número de graduados nas IdF do MISAU

O anterior ciclo de desenvolvimento de RHS caracterizou-se visivelmente por uma política expansionista (explícita ou implícita) por forma a reduzir o défice de RHS. Como consequência da pressão na quantidade, a capacidade formativa do MISAU aumentou significativamente, como se pode ver pela evolução quase que exponencial do número de graduados entre 2011 e 2015.

Figura 5 – Evolução do número de Graduados nas IdF do MISAU



(fonte: Departamento de Formação da DRH do MISAU)

Ao mesmo tempo, como apresentado nas Secções 4.1.2, 4.1.3 e 4.1.4, a Aceitabilidade e principalmente a Qualidade dos RHS (principalmente dos recém-graduados) é colocada sob fortes dúvidas e preocupações. Moçambique enfrenta um desafio que não é fácil de se resolver: endereçar a problemática da aceitabilidade (humanização da prestação do serviço pelos técnicos de saúde) e da qualidade *ao mesmo tempo* que se persegue uma política expansionista.

A pressão na quantidade de pessoas a formar parece ter tido reflexos negativos nos processos de gestão da qualidade e na própria qualidade dos graduados. Durante as consultas foram reportadas situações preocupantes:

“O tempo de espera para realização do exame de segunda época é de 60 dias e realiza-se após a graduação dos colegas. Todos os estudantes de 2ª época transitam (ninguém reprova na 2ª época, é praticamente vista como passagem automática)”. Participante do grupo de discussão numa Província.

“Existem orientações para reduzir o índice de reprovação”. Participante do grupo de discussão numa Província.

Para além de relatos que podem ter uma conotação mais subjectiva, existem alguns factos que não medindo directamente qualidade, podem servir de *proxies* importantes. Verificaram-se quedas em indicadores importantes do processo de ensino aprendizagem; em particular, o aumento significativo do número de graduados não foi acompanhado por aumento suficiente no número de salas de aula, de professores efectivos ou orçamento:

- Manutenção do rácio docentes por turma.** Em 2015, haviam 476 docentes efectivos nas IdF do MISAU e foram realizadas 238 turmas²⁴. Assim, existiram 2 docentes efectivos por turma. O PNDRHS 2008-2015 definia a meta de 4 docentes por turma em 2015²⁵. Apesar do aumento do número de docentes entre 2007 e 2015, este rácio não teve qualquer melhoria.
- Manutenção do rácio de graduados por docente.** Por outro lado, o rácio de graduados por docente não melhorou entre 2007 e 2015. O rácio era de 7,2 em 2007 (1.631 graduados para 227 docentes efectivos) e foi 8,0 em 2015 (3.822 graduados para 476 docentes efectivos)²⁶. Portanto, mais graduados por docente efectivo.

²⁴ A terminologia utilizada no Relatório Anual da DRH é cursos.

²⁵ Na pág. 54, o PNDRHS menciona “As necessidades em relação a docência, reconhecida como uma competência prioritária, são estimadas em quatro docentes por curso”.

²⁶ Fonte: Relatório Anual da DRH de 2015.

- c) **Alto rácio de estudantes por turma.** Apesar de não existir disponível um rácio internacionalmente aceite para formação de técnicos de saúde orientado ao desenvolvimento de competências práticas, o número médio de 30 estudantes / turma (em 2014 e 2015) parece alto e pouco conducente a uma formação que se pretende essencialmente prática.
- d) **Disparidade nos docentes efectivos.** Existe uma grande variabilidade do número de docentes efectivos por estudante entre as diferentes Instituições de Formação (IdF). A título de exemplo o rácio é de 9 estudantes por docente no Centro de Formação (CF) de Lichinga e de 24 no CF de Massinga.
- e) **Disparidade nos docentes efectivos com nível de licenciatura.** Ainda que em média 46% dos docentes efectivos tenham o nível de licenciatura, esta percentagem é baixa (abaixo da meta geral) em várias IdF: Chicumbane (22%), Cuamba e Inhambane (17%), Lichinga (13%), Mocuba (15,38%). Várias IdF têm menos do que 3 docentes efectivos licenciados (Cuamba, IMEPS, Inhambane, Lichinga, Mocimboa da Praia, Mocuba). O desnível é significativo quando comparado com docentes efectivos licenciados em Maputo (42; 82%, Beira (17; 44%), Nampula (27; 48%), Tete (21; 54%) e Manica (21; 63%).²⁷
- f) **Redução da duração dos cursos de Enfermagem e ESMI.** O aumento significativo no número de graduados nos últimos 4 anos deveu-se em grande parte à redução da duração dos cursos de enfermagem geral e ESMI, mantendo-se o requisito de entrada: 10ª classe.

A prática nos países da região é diferente e tendencialmente mais exigente. A título de exemplo, a África do Sul requer o mínimo de 12ª classe (“matric”) para que alguém possa fazer a qualificação de “enrolled nurse” (2 anos), o que seria equivalente ao antigo nível bacharelato em Moçambique. É importante notar que a existência de uma instituição de acreditação (South African Nursing Council) que define e impõe padrões rigorosos²⁸ faz uma diferença significativa.

Este ano (2016) foi eliminada na África a possibilidade de se realizar cursos de “auxiliary nurse” (equivalente ao nível médio em Moçambique) com o mínimo de 10ª classe.

- g) **Redução significativa no Orçamento real por estudante.** O Orçamento total das IdF cresceu de 209,3 milhões de meticais em 2008 para 515,6 milhões de meticais em 2015 (aumento de 146%).

No entanto, o orçamento por graduado em 2008 foi 155 mil Meticais e em 2015 foi 135 mil Meticais²⁹. Ou seja, o orçamento por graduado reduziu *nominalmente* em 13% entre 2008 e 2014. Se se assumir uma taxa de inflação média anual de 7% entre 2008 e 2015 e, portanto, uma taxa acumulada de 61% entre estes anos, pode-se concluir que **em termos reais o orçamento por estudante reduziu para metade (48,9%)**.³⁰

Aumento da Oferta de técnicos de saúde pelo Sector Privado

Um aspecto de contexto a considerar neste PNDRHS, especialmente nas projecções de formação pelas IdF do MISAU e (capacidade de) absorção pelo SNS é o aumento da oferta de técnicos graduados pelo Sector Privado, fenómeno bastante recente (posterior a 2014).

Não existe informação sistematizada e completa sobre o *stock* e a projecção de graduados pelo Sector Privado. Números recolhidos pela DRH no final de 2015 dão indicação de um total de **1.095 graduados esperados no nível médio** em três institutos privados (Instituto Técnico do Lugenda, Instituto Politécnico Índico e Instituto Politécnico de Ciências de Saúde, Gestão e Tecnologia da Maxixe) entre 2015 e 2017³¹. Não existe informação

²⁷ Dados de 2014 reportados no Relatório da Avaliação do PNDRHS 2008-2015.

²⁸ <http://www.sanc.co.za/pdf/Nursing%20Education%20and%20Training%20Standards.pdf>

²⁹ Fonte: Relatórios Anuais da DRH dos anos 2011, 2012, 2013, 2014 e 2015.

³⁰ O orçamento por estudante de 135 mil Meticais corresponde em termos reais a 79 mil Meticais de 2008 assumindo uma inflação média anual de 6,9% entre 2008 e 2015. A variação de -45% obtém-se através do seguinte cálculo: $(79 - 155) / 155$. Os dados de inflação entre 2008 e 2012 foram obtidos no <http://data.worldbank.org/indicator/FP.CPI.TOTL.ZG> acedido em 28 de Junho de 2016 e os dados de inflação entre 2013 e 2015 foram obtidos no website do Instituto Nacional de Estatística de Moçambique.

³¹ Apresentação feita pela DRH ao Conselho Consultivo da Ministra da Saúde em Dezembro de 2015.

sistematizada de outros institutos privados de ensino médio (Instituto Politécnico Domingos Thaimo, Instituto Politécnico Planalto, Instituto Politécnico Venus e Instituto Médio Técnico-Profissional Gondola).

Com relação ao **nível superior**, os números apontam para **165 graduados esperados** pela Universidade Católica de Moçambique (UCM) entre 2015 e 2017. Não existe informação sistematizada de outras instituições privadas de ensino superior que estão a formar profissionais de saúde, nomeadamente: Instituto Superior de Ciências e Tecnologia Alberto Chipande, Instituto Superior Njerenje, A Politécnica, ISCTEM e Universidade Jean Piaget de Moçambique.

Existe uma dúvida generalizada sobre a qualidade destes graduados. A não existência de uma entidade de acreditação externa de instituições e programas de formação em saúde pode propiciar uma formação bastante deficiente numa área (saúde) com impacto directo na qualidade de vida da população.

4.2.3 Fraca retenção na área ocupacional e no nível médio

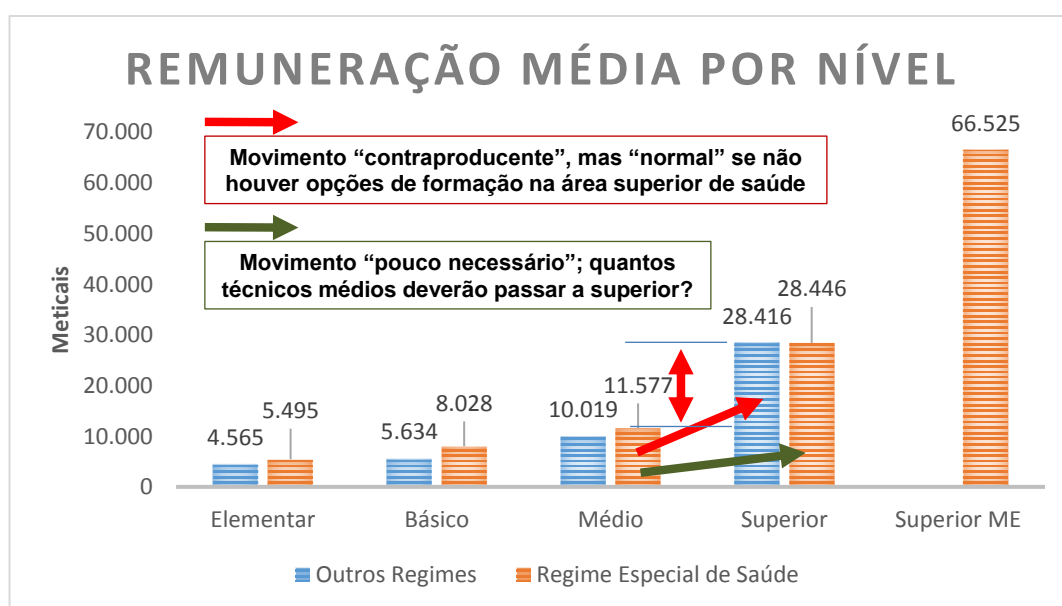
Fraca retenção na área ocupacional e no nível médio

- As políticas de compensação em vigor e as poucas opções locais de formação superior em saúde não permitem uma efectiva retenção dos técnicos de saúde no nível médio e na sua Área Ocupacional.
- No final de 2015, um salário de nível superior praticado no Sector Saúde (mesmo em ocupações de outros regimes – áreas de suporte) equivalia a 2,7 salários do nível médio. Esta política causa dois movimentos: a) **movimento contraproducente**: técnicos de saúde que, não tendo motivação financeira para se manterem no nível médio, procuram a formação superior em áreas gerais no sentido de aferirem a um melhor salário, b) **movimento pouco necessário**: técnicos de saúde que procuram formação em áreas superiores em saúde sem que tal responda às necessidades e prioridades definidas pelo Sector.
- O fenómeno da formação para o nível superior (que neste momento é “aparentemente descontrolada”) tem efeitos negativos no cuidado e atenção aos utentes do SNS.

As políticas de compensação em vigor e as poucas opções locais de formação superior em saúde não permitem uma efectiva retenção dos Técnicos de Saúde no nível médio e na sua Área Ocupacional. Essencialmente, os técnicos de saúde não tem motivação financeira para se manterem no nível médio e procuram a formação superior no sentido de aferirem a um melhor salário.

A figura que se segue ilustra a diferença salarial entre o nível médio e o superior bem como os dois movimentos naturais resultantes.

Figura 6 – Fosso na remuneração bruta entre níveis académicos



(fonte: DRH)

Em Janeiro de 2016, a remuneração bruta média de um profissional de superior (seja técnico de saúde ou não) foi equivalente a 2,7 remunerações brutas médias de um técnico de saúde de nível médio. Como resultado, no mesmo mês, os 9,9% funcionários de nível superior do Sector auferiam a 32% do envelope salarial do Sector ao passo que 30,2% dos funcionários de nível médio auferiam a 35% do envelope salarial. Esta política causa dois movimentos:

Movimento contraproducente. Os técnicos de saúde, não tendo muitas opções de formação superior na sua área ocupacional ou em saúde nas Províncias, procuram e realizam formação superior mesmo que não seja na área da saúde. Optam simplesmente por cursos genéricos. Adicionalmente, a persistência de carreiras “truncadas” no regime especial de saúde leva a que os profissionais tenham de recorrer à mudança de carreira para outros regimes.

Ora este movimento é **contraproducente** ao esforço que tem sido feito de formação em saúde. E efectivamente, o País, precisa mais de técnicos de saúde do que profissionais de áreas de suporte.

Movimento “pouco necessário”. O País não necessita que 12 mil técnicos de nível médio passem a ter o nível superior. Portanto, ainda que os técnicos de saúde façam, por força deste movimento natural, formação *em áreas de saúde* – se este movimento não estiver a responder às necessidades e prioridades definidas pelo Sector (estabilizadas neste PNDRHS), este movimento pode ser “pouco necessário”.

Por outro lado, não estando claros ou em boa utilização perfis de função (*job descriptions*) com responsabilidades claras e diferenciadas entre técnicos de nível superior e médio (ex: enfermeiro A e enfermeiro geral), a evolução para o nível superior mesmo em áreas de saúde pode resultar no facto de que o indivíduo – depois de graduado no nível superior – volte ao posto para realizar as mesmas tarefas.

Efeito nos cuidados de saúde. Ainda que esteja formalmente estabelecido um limite de 3% de técnicos que podem estar formação, a realidade é muito diferente. Um estudo realizado recentemente (por ser publicado) evidencia um fenómeno de formação superior quase que “descontrolada”. As implicações deste fenómeno, que resultam quase que necessariamente em absentismo, podem estar a ter implicações negativas no cuidado e atenção aos utentes do SNS.

A maior parte dos profissionais de saúde são do nível médio – no final de 2015, o Sector contava com 12.844 funcionários de nível médio no Regime Especial de Saúde.

Urge adoptar medidas correctivas para estancar este fenómeno antes que ele tome proporções e efeitos não controláveis. O PNDRHS 2008-2015 já fazia referência a uma iniciativa neste sentido: “propor e negociar um estatuto especial para as profissões específicas da saúde para que seja possível uma estratégia salarial que considere o mérito e as competências”.

A implementação de uma Estratégia de Atracção e Retenção pode contribuir para garantir a permanência do pessoal, especialmente dentro da posição para que o funcionário possa progredir na carreira. Urge implementar uma descompressão salarial no nível médio, realizando o alargamento das bandas salariais permitindo uma maior amplitude da progressão ou promoção salarial ao longo da vida profissional dos funcionários na respectiva carreira, tendo em consideração os critérios da experiência profissional, garantindo o desenvolvimento profissional na carreira através de cursos de especialização no próprio nível médio (ao invés do conceito actual de descompressão salarial por nível académico).

4.2.4 A limitada capacidade de gestão *principalmente* a nível local

Limitada capacidade de gestão principalmente a nível local

- Prevalcem fragilidades na capacidade de liderança e gestão especialmente no nível provincial e distrital para a utilização dos sistemas de informação disponíveis para os processos de tomada de decisão bem como para um melhor planeamento e uma gestão mais estratégica e eficiente de RHS.
- A capacidade de gestão, principalmente a nível local, está ainda aquém dos *standards* aceitáveis. Tal foi reportado pelos próprios gestores nível provincial e distrital do Sector consultados no processo de elaboração deste PNDRHS e pode ser factualmente comprovado nos resultados linha de base da Verificação Externa dos Padrões de Desempenho da Gestão de RHS realizado em Outubro de 2015.

Com relação à capacidade de gestão, houve um progresso importante na disponibilidade de informação com relação aos RHS. No entanto, prevalecem fragilidades na capacidade de liderança e gestão especialmente no nível provincial e distrital para a utilização de tal informação para os processos de tomada de decisão bem como para um melhor planeamento e uma gestão mais *estratégica e eficiente* de RHS.

Sistemas de Informação e descentralização da Gestão Administrativa de RHS

A implementação da descentralização dos serviços de gestão administrativa de recursos humanos; o desenvolvimento e implementação de diferentes sistemas de gestão de recursos humanos e de formação com especial ênfase para a 1ª fase do e-SIP Saúde; e a implementação do Observatório de RHS foram ganhos importantes nos últimos 5 anos.

O desenvolvimento do Observatório de RHS é provavelmente um dos maiores alcances no desenvolvimento de recursos humanos no Sector nos últimos 5 anos. A produção de informação com evidência (anúários, conferências, informes e relatórios) deu outra visibilidade aos RH especialmente à área de Gestão.

O e-SIP Saúde foi um ganho significativo neste ciclo de desenvolvimento de RHS. No entanto, neste momento o sistema responde essencialmente a questões como “quantos somos”, “quem somos” e “onde estamos”. O e-SIP Saúde responde apenas parcialmente a questões sobre promoção, progressão e aposentação³². Espera-se que responda cabalmente após a 2ª fase de desenvolvimento do sistema com a introdução do *ciclo de vida* dos funcionários.

Fragilidade na capacidade de liderança e gestão

Não obstante os progressos em termos dos sistemas de informação e da descentralização da Gestão Administrativa de RHS, não foi nunca implementado um plano sistemático de formação em liderança e gestão específico para o Sector. São tipicamente realizadas actividades *ad hoc*.

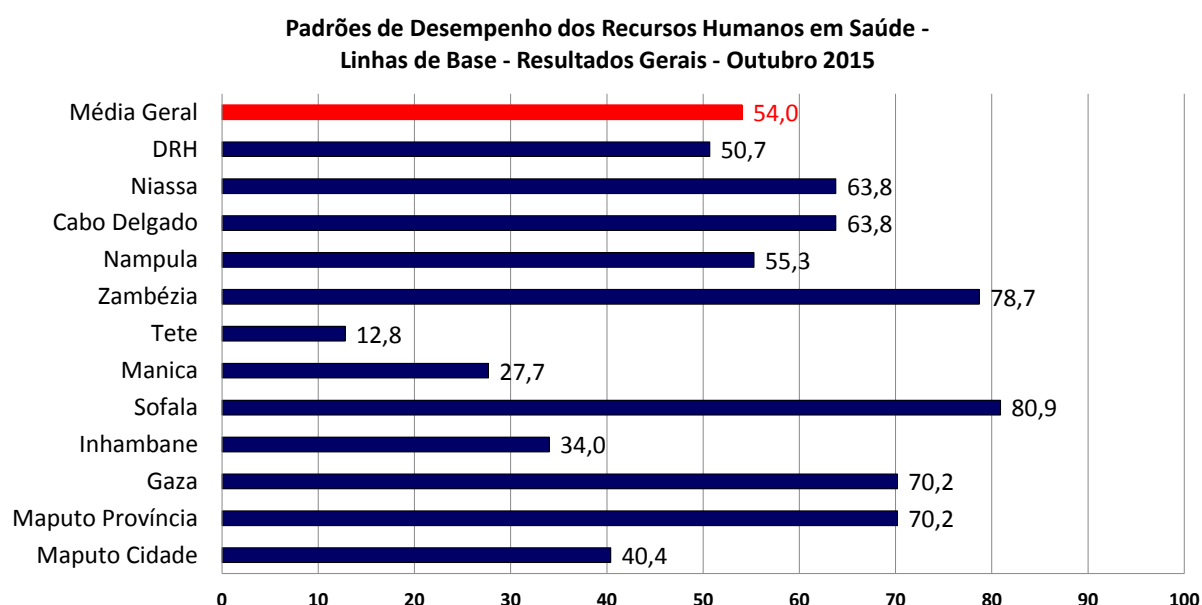
A maior parte das posições de gestão são ocupadas por pessoal da área técnica de saúde (incluindo médicos). Durante as consultas realizadas, estes gestores reportaram que não possuem os elementos teóricos e práticos necessários ao desempenho adequado de funções de gestão. O desenvolvimento de competências de liderança e gestão é urgente.

Adicionalmente, os gestores de RHS – que tem boas competências para a realização de processos administrativos – possuem limitações visíveis para a implementação de uma Gestão de RHS mais estratégica a nível da Província. Como resultado deste e de outros factores, a capacidade de gestão, principalmente a nível local está ainda aquém dos *standards* aceitáveis, o que pode ser comprovado com os resultados linha de base da Verificação Externa dos Padrões de Desempenho da Gestão de RHS³³.

³² No caso de promoção, o sistema alerta apenas casos de promoção automática de E1 para C1 e não tem condições para os outros casos (C4 para B1, B4 para A1). No caso de progressão, alerta apenas casos de progressão automática de U1 para U2. E ficam de fora os casos como (U2 para U3, U3 para U4, ou nos escalões de C1 para C2; C2 para C3, B1 para B2, B3 para B4, A1 para A2, A2 para A3,...).

³³ Esta Avaliação foi realizada em Outubro de 2015. Foram avaliados 47 padrões de desempenho para o nível provincial e 79 para o nível central nas seguintes áreas: Gestão de Pessoal; Administração de Pessoal; Normas, Legislação e Contencioso; e Formação Contínua.

Figura 7 – Resultado da Avaliação Externa dos Padrões da Gestão dos RHS (Outubro de 2015)



(fonte: DRH, Apresentação dos resultados da Linha de Base da Verificação Externa dos Padrões de Desempenho da Gestão de RHS)

Como se pode observar, existe ainda um potencial significativo de melhoria nos padrões de desempenho na Gestão de RHS de forma geral. Existem também diferenças significativas na avaliação entre Províncias.

Alguns aspectos desta avaliação chamam particular atenção pois contribuem o cenário da disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos RHS:

- Na dimensão de Gestão de Pessoal, o padrão com o **pior** grau de implementação (8,3%) foi “A Repartição planifica correctamente a colocação dos novos ingressos no MISAU”. Existe aqui uma ligação clara de causa e efeito entre este fraco desempenho e as iniquidades existentes na distribuição de RHS no País já discutidas na Secção 4.1.2.
- Um dos padrões com menor grau de implementação (41,7%) foi “A repartição de Estatística utiliza dados actualizados do SIP para a elaboração dos seus relatórios e emissão de informação”.

Apesar de *existir e estar disponível*, o SIP não é adequadamente utilizado para tomada de decisões. Isto reforça a conclusão da Avaliação do PNDRHS 2008-2015 em como persiste uma “**deficiente utilização de informação disponível para tomada de decisão e planificação**”. [Por exemplo, os] dados do e-SIP Saúde não são utilizados pela DRH no nível Central, DPS e SDS para fazer uma gestão antecipada e proactiva de progressões e promoções”. A secção seguinte apresenta algumas evidências associadas a esta conclusão.

A frágil capacidade de gestão de RHS tem reflexo evidente nas iniquidades **crescentes** na distribuição de RHS entre Províncias, mas também entre os distritos das Províncias e em outras dimensões (ex: rural / urbano) como já ilustrado na Secção 4.1.2.

4.2.5 Restrições orçamentais para os RHS

Restrições orçamentais para os RHS

- Reflexo da situação económica geral do País, existe um défice orçamental significativo para os RHS. Este défice é ilustrado por alguns sintomas: a) os parceiros de cooperação comparticipam com 17,5% do custo (remuneração) com RHS; b) em 2016, o orçamento alocado para “nomeações” representa menos de 25% do que seria necessário para absorver todos os contratados existentes no Sector no final de 2015 e os graduados das instituições privadas e públicas dos anos de 2015 e 2016; c) o número de nomeações definitivas no SNS tem-se mantido estável nos últimos anos, reflectindo uma limitada capacidade de absorção de (um número crescente de) graduados; d) o tempo de espera para as nomeações definitivas, progressões ou promoções é bastante alto de acordo com as evidências existentes.

A absorção e a administração de pessoas no SNS (particularmente em termos de progressões e promoções) são limitadas por restrições orçamentais. O espaço fiscal alocado aos RHS é exíguo comparativamente às necessidades, reflexo dos já limitados recursos financeiros de que o País dispõe e de uma priorização abaixo do desejável dos RHS.

Capacidade financeira para absorção de RHS e os Contratados³⁴

Como já visto na Secção 4.1.1, o País tem um défice significativo de RHS. Uma parte deste défice pode ser explicada por limitações orçamentais para absorção de RHS³⁵. As evidências são claras:

- Os parceiros de cooperação contribuem para financiar parte das despesas com pessoal do SNS. Em 2015, **17,5% das despesas com o pessoal foram financiadas por parceiros**. O Relatório de Execução Orçamental do MISAU do ano de 2015 refere uma execução de despesas com pessoal na ordem de 5,8 mil milhões de Meticais. Estima-se que os restantes 1,1 mil milhões de Meticais (equivalentes a mais de 25 milhões de USD em 2015) foram comparticipados por parceiros.³⁶
- Os valores alocados pelo Orçamento do Estado para despesas com o pessoal do Sector não permite absorver a oferta existente e cada vez maior dado o crescimento esperado no número de graduados pelo Sector Privado. Para o ano de 2016, o valor de 356 milhões de MT alocado para “nomeações” é **menos de 25%** do que seria necessário para absorver todos os contratados no final de 2015 + o total de graduados esperados de IdF públicas e privadas nos nível superior e médio nos anos de 2015 e 2016.³⁷
- Como resultado das restrições orçamentais, e apesar do défice significativo, o número de nomeações definitivas no SNS tem-se mantido estável nos últimos anos, **reflectindo uma limitada capacidade de absorção de (um número crescente de) graduados**, quer das IdF do MISAU, quer os resultantes de uma maior oferta do Sector Privado.

Tabela 21 – Nomeações definitivas entre 2012 e 2015

Ano	Nomeações
2012	3.001
2013	2.731
2014	2.555
2015	2.731

(fonte: DRH)

³⁴ “Contratado” é a nomenclatura utilizada para RHS que não tem ainda “nomeação provisória”.

³⁵ “Uma parte”, pois o défice pode também ser explicado pela limitada capacidade de formar em grande quantidade e com a qualidade desejada. Como já discutido em secção própria, a capacidade formativa do MISAU, medida em termos de graduados das IdF aumentou quase exponencialmente nos últimos anos 4 anos – mas com reflexos negativos na qualidade (ou na percepção de má qualidade) dos recém-graduados.

³⁶ Não existe um relatório consolidado de valores com despesas com pessoal que agregue fundos do Orçamento de Estado e todos os Parceiros. A partir de dados do e-Folha, a DRH estima que o valor total de despesas com pessoal em 2015 foi de 6,9 mil milhões de Meticais.

³⁷ Fonte: apresentação feita pela DRH ao CC da Ministra da Saúde em Dezembro de 2015.

- Assim, como resultado do ponto anterior, no final de 2015, 4.840³⁸ pessoas a serviço do SNS (10,11% do total), faziam-no na situação de “contratado”, essencialmente por inexistência de cabimentação orçamental. A maior parte destes é financiada por diferentes parceiros, com destaque para o ProSaúde, como se observa na tabela que se segue:

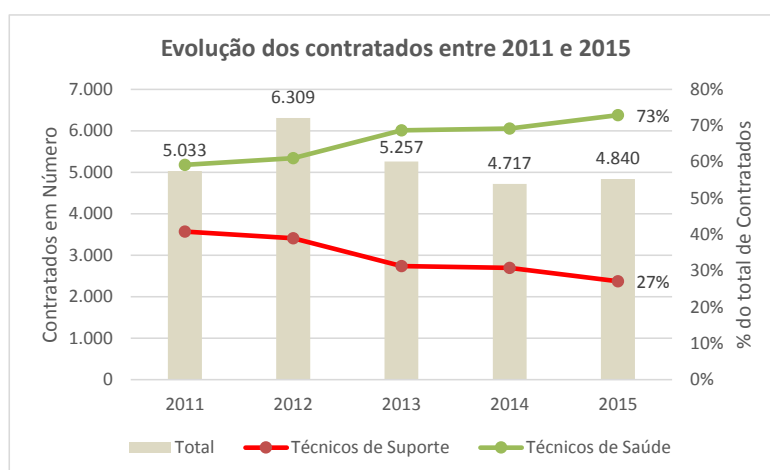
Tabela 22 – Contratados por Parceiro (final de 2015)

Parceiro	# de Contratados
ProSaude	3.853
Outros	870
OE	553
Projecto	117
Fundação Clinton	39
CDC	31
Projecto AEQ-Sífiles-CDC	12
Projecto Tomovac	2
Total	5.437

(fonte: sistematização feita a partir da base de dados do efectivo de 2015)

- Mais ilustrativo das restrições orçamentais é o facto do número total de contratados não ter evoluído (leia-se reduzido) muito entre 2011 (5.033) e 2015 (4.840) como se pode ver no gráfico que se segue

Figura 8 – Evolução dos contratados entre 2011 e 2015



(fonte: DRH)

Não obstante não ter havido evolução para reduzir no número total de contratados ao longo dos últimos 5 anos, existe uma evolução positiva no aumento da proporção dos técnicos de saúde (73% do total de contratados em 2015) e redução da proporção dos técnicos de suporte³⁹ (27% do total de contratados em 2015). Com relação **especificamente aos 3.853 contratados com fundos do ProSaúde** no final de 2015, os números mostram uma tendência **muito mais favorável para aplicação dos recursos nos técnicos de saúde (3.555 ou 92%)** ao invés de técnicos de suporte (298 ou 8%).

A distribuição dos contratados entre a zona rural e urbana (53%-47%) está bastante associada à iniquidade na distribuição de RHS entre a zona rural e urbana (já discutida na Secção 4.1.2) e não parece responder à maior necessidade de técnicos de saúde nas zonas rurais. Este facto é indicativo de haver tendencialmente alguma

³⁸ Fonte: Observatório de RHS. Existe um *typo* no Relatório da DRH, que refere 4.717. Na realidade, 4.717 era o número de “contratados” no final de 2014.

³⁹ Pessoal de Outros Regimes.

concentração de contratados em zonas urbanas ao invés de uma maior utilização de recursos de parceiros para alocação de contratados em zonas rurais, onde a necessidade é maior.

Tabela 23 – Contratados em zonas urbanas e rurais

Tipo de vinculação	Rural	Urbano	Total
Contratado	2.901	2.536	5.437
Quadro	14.984	28.312	43.296
Total	17.885	30.848	48.733

(fonte: sistematização feita a partir da base de dados do efectivo de 2015)

Com relação especificamente aos 3.853 contratados com fundos do ProSaúde no final de 2015, os números mostram uma tendência mais favorável às zonas rurais (2.274 ou 59%) comparativamente às zonas urbanas (1.579 ou 41%).

Nomeações definitivas, progressões e promoções

A Avaliação do PNDRHS 2008-2015 concluiu haver uma “**Deficiente gestão e implementação de progressões e promoções** ainda com a existência do e-SIP Saúde, em parte devido à **fragilidade no próprio e-SIP Saúde**, em parte devido a **deficiente tomada de decisão e planificação** e em parte devido à **escassez de recursos financeiros alocados pelo MEF para progressões e promoções**.” O *bottleneck* de progressões e promoções é exacerbado pelo facto de que, pela escassez de recursos, é dada prioridade às nomeações e menos a progressões e promoções.

A título ilustrativo, apresenta-se a seguir constatações relevantes resultantes da 2ª Campanha de eSIP-Saúde levada a cabo pela DRH:

Baixo desempenho nas Nomeações definitivas

Por escassez de recursos. Em 28 de Agosto de 2014 foi lançada a “2ª Campanha do e-SIP Saúde”. Nessa altura, existiam no Sector, 9.560 RHS aguardando “nomeação definitiva”. Desse número, e muito por ordem de restrições orçamentais, em 31 de Maio de 2016 (22 meses depois), 40% ainda aguardam “nomeação definitiva”. Ademais, em 31 de Maio de 2016, existiam no Sector, 8.424 RHS aguardando “nomeação definitiva”. Ou seja, o “stock” de RHS aguardando nomeação definitiva não variou significativamente entre Agosto de 2014 e Maio de 2016.

Por frágil capacidade de gestão. Ainda que globalmente, 40% dos RHS mapeados em Agosto de 2014 estejam ainda à espera de “nomeação definitiva” em Maio de 2016, os números variam muito entre Províncias como se pode ver tabela que se segue.

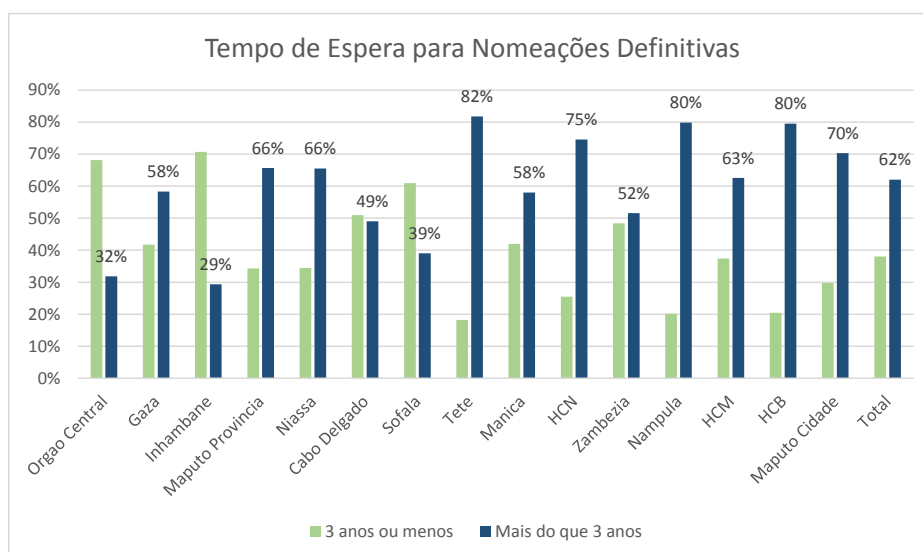
Tabela 24 – Desempenho das províncias nas nomeações definitivas no âmbito da 2ª Campanha do e-SIP Saúde

Província	Lançamento Campanha 28.8.14	% realizado 31.5.2016
Órgão C	192	97%
Inhambane	427	89%
Cabo D.	689	76%
Gaza	303	72%
Maputo P	374	70%
Sofala	529	70%
HCN	472	64%
Manica	638	55%
HCM	836	55%
Zambézia	1242	54%
Tete	569	53%
Nampula	1649	53%
Niassa	510	52%
HCB	491	48%
Maputo C	639	48%

(fonte: dados da 2ª Campanha eSIP Saúde)

Adicionalmente, em 31 de Maio de 2016, existiam no Sector, 8.424 RHS aguardando “nomeação definitiva”, 62% dos quais aguardando há mais do que 3 anos. Como se pode observar no gráfico seguinte, a situação do tempo de espera é muito diferente entre províncias. Algumas províncias apresentam uma situação mais aproximada ao que seria expectável “normal”: tempo de espera menor.

Figura 9 – Tempo de Espera para Nomeações definitivas⁴⁰



(fonte: dados da 2ª Campanha eSIP Saúde)

Como se pode observar, o Órgão Central, Inhambane e Sofala têm situações *mais aproximadas ao “normal”*, ou seja, mais pessoas em menor tempo de espera. Mas em Províncias como Tete, Nampula e Maputo Cidade ou Hospitais Centrais de Nampula e da Beira, **70% e 82% dos RHS em condições de ter “nomeações definitivas”, estão à espera há mais de 3 anos.**

As duas constatações acima apresentadas podem resultar de dois factores: a) uma distribuição pouco equitativa entre províncias dos (já escassos) recursos financeiros para efeitos de nomeações definitivas; b) uma frágil capacidade de gestão de pessoas nalgumas Províncias em comparação com outras (no sentido de priorizar adequadamente os RHS a nomear). Aliás, o mau nível de implementação (8,3%) do critério de desempenho “A repartição organiza devidamente os processos individuais dos funcionários” e o baixo nível de implementação (41,7%) do critério de desempenho “A repartição de Estatística actualiza o SIP”⁴¹ podem estar bastante associados a este cenário.

Baixo desempenho nas Promoções automáticas

Por escassez de recursos. Em 28 de Agosto de 2014, aquando do lançamento da 2ª Campanha eSIP-Saúde, existia um “stock” de 8.065 RHS que deveria beneficiar de uma promoção automática de E1 para C1. No entanto, em 31 de Maio de 2015 (passados 22 meses), só 54% destes efetivamente beneficiou desta promoção. Ademais, o “stock” de RHS à espera de promoção automática aumentou para 8.414 em Maio de 2016. Deste número, 70% estão à espera desta promoção há 4 ou mais anos.

Por frágil capacidade de gestão. A diferença de realização dentre províncias alerta uma frágil capacidade de planeamento e concretização das promoções automáticas: a título ilustrativo, Tete realizou a promoção automática a 34% do seu “stock” e Inhambane realizou o mesmo a 76% do seu “stock”.

⁴⁰ O Universo de base para esta análise é: “RHS à espera ou em condições de ter nomeação definitiva em 31 de Maio de 2016”.

⁴¹ Fonte: Apresentação dos Resultados da Linha de base da Verificação Externa dos Padrões de Desempenho da Gestão de RHS (slide 11 e 16).

Baixo desempenho nas Progressões automáticas

Por escassez de recursos. Em 28 de Agosto de 2014, aquando do lançamento da 2ª Campanha eSIP-Saúde, existia um “stock” de 4.609 RHS que deveria beneficiar de uma progressão automática de U1 para U2. No entanto, em 31 de Maio de 2015 (passados 22 meses), só 56% destes efetivamente beneficiou desta promoção. O “stock” de RHS à espera desta progressão não variou muito e foi de 4.375 em Maio de 2016. Deste número, 65% estão à espera desta promoção há 4 ou mais anos.

Por frágil capacidade de gestão. A diferença de realização dentre províncias volta a alertar para uma frágil capacidade de planeamento e concretização das progressões automáticas: a título ilustrativo, Gaza realizou a progressão automática a 26% do seu “stock” e Inhambane realizou o mesmo a 85% do seu “stock”.

As restrições orçamentais e subsequente baixo desempenho nas promoções e progressões contribuem para o sentimento de insatisfação no seio dos RHS, facto reportado como sendo generalizado durante as consultas feitas no âmbito da elaboração deste PNDRHS.

Adicionalmente, as restrições orçamentais são um limite importante para a capacidade de absorção do SNS, aspecto que é fundamental ter em consideração para uma projecção *realista* de RHS para o Sector nos próximos anos.

4.3 SÍNTESE DA ANÁLISE SITUACIONAL

A Análise Situacional apresentada neste Capítulo é *input* importante para uma orientação estratégica adequada para o próximo ciclo de Gestão e Desenvolvimento de RHS.

Fazendo a transição entre este Capítulo de Análise Situacional e os próximos 2 (Quadro Estratégico e Projeções de RHS e de Formação), é importante reter o seguinte:

antes de iniciar um processo de aumento exponencial dos rácios por 100.000 habitantes urge reverter o actual cenário . . .

- . . . da **Fraca qualidade** dos Profissionais de Saúde (seja real ou percebida)
- . . . de **Insatisfação** latente nos Profissionais de Saúde de nível básico e médio
- . . . de **Iniquidade** entre províncias, entre distritos, entre zonas rurais e urbanas
- . . . de **Desproporção** entre profissionais do Regime Especial e de Outros Regimes
- . . . da **Frágil capacidade de gestão**, especialmente no nível provincial e local
- . . . da **Fragilidade nos referenciais** estratégicos e operacionais
- . . . da **Formação (aparentemente descontrolada)** para o nível Superior
- . . . da **Escassez orçamental** para os RHS

Face a estes e outros elementos, o próximo Capítulo apresenta o Quadro Estratégico do PNDRHS 2016-2025 e o Capítulo posterior apresenta a Projeção de RHS e de Formação para o mesmo período.

5 QUADRO ESTRATÉGICO

O Quadro Estratégico do PNDRHS 2016-2025 enquadra-se nos seguintes elementos estratégicos e orientadores:

Figura 10 – Enquadramento Estratégico e Orientador do PNDRHS 2016-2025

Objectivo Central do PQG 2015-2019	Melhorar as condições de vida do Povo Moçambicano
Visão do PESS 2014-2019	Contribuir para que todos os Moçambicanos, em especial os grupos mais vulneráveis , possam desfrutar de melhor saúde possível a um custo acessível ou comportável (para o País e cidadãos) contribuindo, assim, para a combate a pobreza e promoção do desenvolvimento
Visão para os RHS 2015-2030	Recursos Humanos para a Saúde competentes, disponíveis, distribuídos de forma equitativa a prestar serviços de qualidade à comunidade

No âmbito deste **Quadro Estratégico**, os Objectivos Estratégicos e Específicos e respectivos indicadores do Desenvolvimento de Recursos Humanos para o período 2016-2025, estruturam-se em 4 funções / pilares chave: **Atrair RHS; Reter RHS; Desenvolver e motivar RHS; Dar suporte a todos os níveis.**

Tabela 25 – Quadro Estratégico do PNDRHS 2016-2025⁴²

Pilares do PNDRHS		Objectivo Estratégico	Subsistema de GRH no SS	Objectivos Específicos	Como contribuem os objectivos específicos às 4 dimensões de cobertura			
					Disponibilidade	Acessibilidade	Aceitabilidade	Qualidade
1	Atrair	1. <i>Aumentar a disponibilidade e equidade</i> de profissionais de Saúde competentes e com vocação	Planeamento	1.1 Garantir equidade na distribuição dos RHS	Maior disponibilidade local	Melhor distribuição de RHS		
			Formação Inicial	1.2 Garantir excelência na oferta de quadros para o Sector de Saúde	Existência de oferta de RHS		Mais ética, deontologia nos RHS	Mais qualidade no sector Público e Privado
			Recrutamento e Selecção	1.3 Absorver mais e melhores profissionais de acordo com as necessidades planificadas	Maior disponibilidade global de RHS			A “filtra-gem” à entrada irá promover qualidade
2	Reter	2. <i>Reter os</i> profissionais de Saúde na sua área ocupacional , no	Carreiras e remunerações	2.1 Garantir a evolução dos profissionais de saúde na sua área ocupacional	Menos saídas dos técnicos de saúde			

⁴² Os indicadores por objectivo estratégico e objectivo específico são detalhados no Capítulo seguinte.

				Como contribuem os objectivos específicos às 4 dimensões de cobertura			
Pilares do PND RHS	Objectivo Estratégico	Subsistema de GRH no SS	Objectivos Específicos	Disponibilidade	Acessibilidade	Aceitabilidade	Qualidade
	nível médio e na rede primária		2.2 Reter os profissionais de saúde no nível médio		Técnicos médios mais fáceis de reter na rede primária		
			2.3 Reter os profissionais de saúde no nível primário de atenção		Mais técnicos de saúde nas zonas rurais		
3	Desenvolver e Motivar	3. <i>Elevar</i> o nível de satisfação, competência e vocação dos profissionais de Saúde para a prestação de serviços humanizados e de qualidade	Avaliação de Desempenho	3.1 Reforçar a meritocracia e reconhecer o desempenho		Redução do tratamento desrespeitoso e abusivo	Maior reconhecimento da qualidade dos RHS
			Compensações	3.2 Fortalecer a ligação entre compensação e desempenho			
			Liderança e gestão de pessoas no Sector	3.3 Desenvolver competências de liderança e gestão de pessoas nos gestores do Sector da Saúde	Melhor gestão da distribuição de RHS		Melhoria da qualidade dos RHS
			Desenvolvimento Profissional Contínuo	3.4 Melhorar o nível de competências (incluindo Ética) dos funcionários para prestação de serviços			
4	Dar Suporte a todos os níveis	4. Dar suporte à implementação de um renovado enquadramento legal, institucional e de gestão de RHS do Sector	Reformas com impacto nos RHS	4.1 Desenhar e implementar reformas com impacto na gestão dos RHS			
			Sistemas de Informação de RHS	4.2 Garantir o uso de informação de RH pelos gestores do Sector de Saúde para a tomada de decisões			

Este Quadro Estratégico, complementado com os respectivos indicadores de *outcome* e *output* incluídos na matriz apresentada na página seguinte, contextualiza e orienta as Iniciativas Estratégicas do Desenvolvimento de RHS para o período 2016-2025.

6 INDICADORES E INICIATIVAS ESTRATÉGICAS

Este Capítulo apresenta os Indicadores e Metas a alcançar entre 2016 e 2025 bem como as Iniciativas Estratégicas a implementar, por Objectivo Estratégico.

6.1 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 1: AUMENTAR A DISPONIBILIDADE E EQUIDADE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE COMPETENTES E COM VOCAÇÃO

Esta Secção está estruturada em três partes: a) Indicadores e metas de *Outcome* do Objectivo Estratégico; b) Indicadores e Metas de *Output* dos Objectivos Específicos; e c) Iniciativas Estratégicas por Objectivo Específico.

6.1.1 Objectivo Estratégico 1: Indicadores e metas de *Outcome*

O Objectivo Estratégico 1 tem uma dimensão importante de **disponibilidade**, essencialmente medida pelo aumento do número e melhoria nos rácios por 100 mil habitantes como se pode ver na tabela que segue⁴³. Tem ainda uma dimensão de **acessibilidade (equidade)** e **aceitabilidade** medidas por outros indicadores que se podem ver na tabela posterior.

Tabela 26 – Objectivo Estratégico 1: Indicadores de *Outcome* (1 de 2)

Indicadores de Outcome		2015 (Baseline)	Metas	
			2020	2025
RHS	Quantidade	48.733	57.765	64.657
	por 100.000 hab	189,4	197,1	195,0
Técnicos de saúde	Quantidade	25.791	34.391	42.105
	por 100.000 hab	100,2	117,3	127,0
Médicos	Quantidade	1.991	2.691	3.239
	por 100.000 hab	7,7	9,2	9,8
Enfermeiros	Quantidade	6.943	8.998	11.153
	por 100.000 hab	27,0	30,7	33,6
ESMI	Quantidade	5.159	6.488	7.543
	Por 100.000 mulheres de 15-49 anos e crianças de 0-5 anos	48,3	54,1	56,3
Médicos, enfermeiros e ESMI	Quantidade	14.093	18.177	21.935
	por 100.000 hab	54,8	62,0	66,1
Técnicos da área de medicina, enfermeiros e ESMI	Quantidade	19.682	24.885	29.378
	por 100.000 hab	76,5	84,9	88,6
Pessoal das áreas prioritárias	Quantidade	23.638	30.424	36.243
	por 100.000 hab	91,9	103,8	109,3

Os indicadores e metas de Outcome do Objectivo Estratégico 1 tem ainda dimensões de **acessibilidade (equidade)** e **aceitabilidade**, medidas por outros indicadores como se pode ver na tabela que segue.

⁴³ Estes números e rácios são detalhados e explicados no Capítulo seguinte – Projecção de RHS.

Tabela 27 – Objectivo Estratégico 1: Indicadores de *Outcome* (2 de 2)

Indicadores de Outcome		2015 (Baseline)	Metas	
			2020	2025
Índice de satisfação dos utentes dos serviços de saúde com a prestação técnica e humana dos técnicos de saúde	Utilizando o IOF	53%	65%	76%
	Utilizando um instrumento específico a desenvolver	N/A	Gap entre 100% e BL reduzido em 1/4	Gap entre 100% e BL reduzido em 1/2
Desvio Padrão do rácio de profissionais nas profissões prioritárias por cada 100.000 habitantes entre Províncias (com e sem Maputo Cidade)	c/ M. Cidade	43,9	30 ou menos	28 ou menos
	s/ M. Cidade	22,5	20,9 ou menos	19,1 ou menos
Número de Províncias cujo Desvio Padrão no rácio de profissionais nas profissões prioritárias por cada 100.000 habitantes entre Distritos é igual ou menor ao melhor DP observado em 2014 (38,6 – Nampula)		por calcular	6	10
% do OE dedicada às despesas com o pessoal da saúde		2,51%	3,32%	4,13%
Contribuição do OE nas despesas com o pessoal da saúde (mil milhões de Meticais)		5,7	9,0	14,3

6.1.2 Objectivo Estratégico 1: Indicadores, Metas de *Output* e Iniciativas Estratégicas

Objectivo Específico 1.1: Garantir equidade na distribuição dos RHS

As tabelas que se seguem apresentam respectivamente os indicadores de output (e metas) deste Objectivo Específico e as Iniciativas Estratégicas a implementar.

Tabela 28 – Objectivo Específico 1.1: Indicadores de *Output*

Objectivos Específicos	Indicadores de Output		2015 (Baseline)	Meta	
				2020	2025
Garantir equidade na distribuição dos RHS	Amplitude do rácio de profissionais nas profissões prioritárias por cada 100.000 habitantes entre a Província com o melhor rácio e Província com o pior rácio	com Maputo Cidade	153,9	a definir	a definir
		sem Maputo Cidade	66,9	a definir	a definir
	Número de Províncias que reduziram para metade a amplitude do rácio de profissionais nas profissões prioritárias por cada 100.000 habitantes entre Distritos (amplitude = melhor rácio – pior rácio na Província)		-	6	10
	% de Distritos com pelo menos 2 médicos a exercer nas US		72,6%	a definir	a definir
	Proporção entre RHS por 100,000 habitantes nas zonas rurais / zonas urbanas	Técnicos de Saúde	65 / 176	a definir	a definir
		Profissões Prioritárias	60 / 161	a definir	a definir
		Médicos	2 / 12	a definir	a definir
	Rácio entre médicos no nível primário de atenção / médicos em outros níveis de atenção		15%; 85%	a definir	a definir
	% de mulheres nos RHS		54%	54%	54%
	% de unidades sanitárias de nível primário que cumprem com o quadro tipo estabelecido		ND	40%	60%
	Número de províncias em que o diferencial entre as entradas reais no ano e planeado para o ano é inferior a 5% [Cumprimento dos planos nacionais]		ND	6	10
	Número de províncias que demonstram que o diferencial entre as entradas reais no ano e o planeado em todos os seus distritos é inferior a 5% [Cumprimento dos planos provinciais]		ND	6	10

Tabela 29 – Objectivo Específico 1.1: Plano de Iniciativas Estratégicas

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
1. Elaboração e Aprovação do Quadro Tipo de Pessoal (regime especial de saúde e outros regimes) de US, por nível de atenção, com base na identificação das necessidades de pessoal em função da carga/pressão de trabalho (WISN “Work Load Indicator Staffing Needs”).	O Quadro Tipo de Pessoal (QTP) é o número <i>médio</i> de funcionários por ocupação (incluindo carreiras e categorias) para um tipo de unidade sanitária de acordo com as respectivas funcionalidades (pacote de serviços) e complexidade. No ano de 2002, foi aprovado o Diploma Ministerial 127/2002 de 31 de Julho que define o QTP de US dos níveis primário e secundário. Passados 14 anos, houve mudanças significativas, incluindo alargamento dos serviços prestados (cuidados de HIV/SIDA, SMI, TB, Malária e outros). Tendo em conta as mudanças havidas, há necessidade de se rever o Quadro Tipo de Pessoal para responder aos novos desafios. O QTP deve ser elaborado tendo em conta as projecções globais de RHS feitas neste PNDRHS. O QTP deve ser sempre considerado como <i>médio</i> . Assim, é fundamental definir complementarmente uma metodologia criteriosamente de aplicação do QTP a cada Unidade Sanitária. Esta metodologia e os seus critérios devem incluir aspectos tais como: perfil epidemiológico, programas em curso, WISN, número de camas, equidade intra-provincial, população servida, entre outros que se julgue relevantes.	1.1. Elaborar uma proposta do Quadro Tipo de Pessoal por um grupo multidisciplinar composto por representantes sêiores da DRH, DNAM, DNSP, DPC, HCM, Hospitais Gerais, Rurais e Centros de Saúde. Para a elaboração do Quadro Tipo de Pessoal, será importante utilizar as Ocupações de referência por US utilizadas neste PNDRHS. Esta actividade deve ser realizada em interligação com a seguinte.		Junho						DRH DNAM, DNSP DPC	Sim
		1.2. Elaboração e/ou actualização dos perfis de cada posto do Quadro Tipo em função do tipo de unidade orgânica e nível de atenção. Esta actividade deve ser realizada em interligação com a anterior.		Junho						DRH DNAM, DNSP DPC	Sim
		1.3. Submeter a proposta do Quadro Tipo de Pessoal para aprovação do Ministro da Saúde.		Julho						DRH DNAM	Não
		1.4. Publicar o Quadro Tipo de Pessoal em Diploma Ministerial.		Agosto						AJ DRH	Não
		1.5. Reproduzir e disseminar o Diploma Ministerial.		Set a Out						DRH DNAM	Não
2. Actualização do quadro de pessoal, a todos os níveis, tendo em conta o novo quadro-tipo de pessoal, a análise funcional e a projecção de recursos financeiros	O Quadro de Pessoal (QdP) é um instrumento de planificação, orçamentação e gestão de recursos humanos que permite identificar e quantificar por funções de direcção, chefia e confiança, carreiras ou categorias profissionais, o número de lugares necessários para o prosseguimento das atribuições e o exercício das competências de um órgão ou instituição da administração pública (Resolução 12/2012 de 5 de Dezembro). Transcorridos 14 anos, o MISAU não possui um quadro de Pessoal aprovado. Existe a necessidade de se rever o Quadro de Pessoal com vista a melhorar o processo de	2.1. Elaborar a proposta do Quadro de Pessoal envolvendo todas Unidades Orgânicas.		Fev	Ago					DRH, DPS's e SDSMAS	Sim
		2.2. Submeter a proposta do Quadro de Pessoal ao Ministro, Governador ou Administrador Distrital para efeitos de homologação.		Ago						DRH, DPS's e SDSMAS	Não
		2.3. Submeter ao MAEFP para efeitos de aprovação pela Comissão Interministerial da Função Pública (CIFFP).		Set	Fev					DRH, DPS's e SDSMAS	Não

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
	planificação e gestão de RH. Por coerência metodológica, este QdP deve ser elaborado em função dos resultados da Análise Funcional, Iniciativa Estratégica prevista no Objectivo Estratégico 4 e do Quadro Tipo de Pessoal das Unidades Sanitárias, Iniciativa Estratégica anterior.	2.4. Publicar em Boletim da República (BR).			Março a Junho					DRH, DPS's e SDSMAS	Não
3. Elaboração e implementação de Planos Anuais de RH (com indicação das vagas) em todos os níveis para o preenchimento do Quadro Tipo e Quadro de Pessoal	Esta é uma ferramenta importante para previsão de RH para efeitos de absorção de pessoal, tendo em conta as vagas disponíveis no Quadro de Pessoal e as perdas verificadas no ano anterior (transferências, morte, aposentação, licenças ilimitadas, expulsão, demissão, etc.). A implementação de um plano criterioso irá contribuir para diminuição das iniquidades interprovinciais e interdistritais, através de uma distribuição mais equitativa de técnicos de saúde. Este plano deve ser elaborado em coordenação com os diferentes programas.	3.1. Elaborar o Plano anual. Numa primeira fase com base em critérios de colocação (número de camas, equipamento, expansão da rede sanitária, rácio técnico habitante, tipo de infra-estrutura, carga de trabalho, perdas). Numa segunda fase, de acordo com o QTP e QdP (Iniciativas Estratégicas 1 e 2).	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte		DRH DNAM	Sim (nos primeiros 2 a 3 anos)
		3.2. Submeter a S. Excia Ministro da Saúde para efeitos de homologação.	Dez	Dez	Dez	Dez	Dez	Dez	Dez	DRH	Não
		3.3. Disseminar e acompanhar a implementação do plano. O diagnóstico realizado conclui que o problema central não é a elaboração do plano, mas a fragilidade de assegurar uma implementação rigorosa. Assim, é fundamental assegurar a compreensão plena dos intervenientes chave com relação ao plano e acompanhar mensalmente a sua implementação, identificar e corrigir os desvios.		Mensalmente	Mensalmente	Mensalmente	Mensalmente	Mensalmente	Mensalmente	DRH DNAM	Não
4. Elaboração de Relatórios Anuais de preenchimento de Quadros Tipo / Quadros de Pessoal (com indicação de desvios)	A avaliação do PNDRHS 2008-2015 mostra desvios importantes na alocação de RHS entre o planificado e o realizado, que contribuem para um aumento da iniquidade entre províncias e entre distritos. Assim, mais do que a elaboração de planos anuais (Iniciativa anterior), é importante a elaboração de Relatório Anuais, que poderão ser parte dos Relatórios Anuais da DRH, que evidenciem o nível de cumprimento dos Planos, os desvios, as suas causas e as medidas de correcção desses desvios no ano seguinte.	4.1. Incluir no Relatório Anual da DRH a análise dos desequilíbrios interprovinciais e interdistritais dos RHS.		Março a Abril	Março a Abril	Março a Abril	Março a Abril	Março a Abril	Março a Abril	DRH	Não
		4.2. Capacitar o pessoal a nível provincial e distrital para análise de dados para geração de informação com vista a tomada de decisão baseada em evidências (incluído na Actividade seguinte)								DRH DPS, e SDSMAS	Sim

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
5. Elaboração e implementação de um ProRH – Programa Nacional de Capacitação dos Gestores da Saúde e Gestores de RHS a todos níveis, especialmente o nível provincial e distrital nos sistemas, processos e instrumentos de gestão de RHS.	<p>Dada a grande fragilidade (já identificada na Análise Situacional feita no PNDRH), a capacitação dos gestores é fundamental para assegurar a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Implementação dos Quadro Tipo e Quadro de Pessoal (respondendo as necessidades do sector, racionalização dos RH actuais e mobilidade). Implementação e monitoria dos Planos de Recursos Humanos (Planos Centrais, Provinciais e Distritais) Utilização eficaz dos Sistemas de Informação existentes Alinhamento, estabelecimento de mecanismos de coordenação e papéis de suporte para gestão de nível central <p>Esta formação deverá incidir para maior utilização dos Sistemas de Informação: o MISAU dispõe de um Sistema de Informação de Pessoal, denominado eSIP-Saúde que integra os sistemas do governo (eCAF) e que interliga todos os sistemas em uso na DRH entre si (SIFo, SIFIn). A sua arquitectura contempla também a ligação com o sistema de pagamento de salário (eFolha) e com o Sistema de Informação de Saúde (SIS). Por outro lado, existem planilhas em Excel que complementam o eSIP-Saúde. Os resultados da Avaliação Externa dos Padrões de Qualidade na Gestão de RHS mostra um baixo nível de utilização eficaz destes instrumentos para efeitos de tomada de decisões. Este ProRH – Programa de Capacitação deve ter uma forte componente pedagógica, ser prático, orientado para a acção sob pena de não ter qualquer impacto na melhoria da gestão de RHS nas províncias.</p>	5.1. Desenhar um Programa e um Plano de Capacitação de Gestores da Saúde e dos Gestores de RHS com enfoque na dimensão de Planeamento e Gestão de RHS e nos instrumentos existentes e cuja implementação deve ser reforçada.		Jan a Junho							Sim
		5.2. Implementar o Programa de Capacitação dos Gestores de RHS no uso dos instrumentos de Gestão de RHS, nomeadamente (mas não exclusivamente):		Anual (1 sessão ao ano)	Anual (2 sessões ao ano)	Anual (2 sessões ao ano)	Anual (1 sessão ao ano)	Anual (1 sessão ao ano)	Anual (1 sessão ao ano)	DRH <i>DPS's</i>	Sim (nos primeiros 2 a 3 anos)
6. Aceleração da Absorção do Pessoal Contratado	Nos últimos anos o orçamento atribuído ao MISAU não cobre as necessidades de RHS do sector. Esta restrição está evidenciada na Análise Situacional, na Secção referente às restrições financeiras. Os	6.1. Elaborar plano anual de absorção de pessoal contratado.	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	DRH e DPS's	Não

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
	<p>profissionais de saúde recém-graduados, são contratados e pagos através do fundo do PROSAUDE, enquanto aguardam pela nomeação provisória. Esta fonte de financiamento não é sustentável visto que anualmente o financiamento tende a decrescer consideravelmente.</p> <p>A elaboração deste plano de absorção surge no contexto de limitações financeiras por parte do MISAU para absorção do pessoal contratado.</p> <p>Neste contexto, o MISAU/DRH deverá desenvolver e actualizar anualmente o plano de absorção com objectivo de regularizar a situação contratual do pessoal, absorvendo o pessoal pago pelo PROSAUDE e os novos graduados segundo o plano de colocação, racionalizando as vagas que surgem através de perda de pessoal (aposentações, licenças ilimitadas, morte e outras).</p>	6.2. Desenvolver acções de advocacia junto ao MEF, Governador Provincial e DPPF para absorção de pessoal. Nestas acções, deverá ser feita uma problematização profunda do espaço fiscal para os RHS com base na Análise Situacional e Projecções de RHS deste PNDRHS.		Maio para o ano seguinte	Maio para o ano seguinte	Maio para o ano seguinte	Maio para o ano seguinte	Maio para o ano seguinte	Maio para o ano seguinte	DRH e DPS's	Não
		6.3. Assegurar a absorção do pessoal contratado.								DRH e DPS's	Não
		6.4. Incluir no Relatório Anual da DRH informação referente ao Plano de absorção.		Março a Abril	Março a Abril	Março a Abril	Março a Abril	Março a Abril	Março a Abril		Não

Objectivo Específico 1.2: Garantir excelência na oferta de quadros para o Sector de Saúde

As tabelas que se seguem apresentam respectivamente os indicadores de output (e metas) deste Objectivo Específico e as Iniciativas Estratégicas a implementar.

Tabela 30 – Objectivo Específico 1.2: Indicadores de *Output*

Objectivos Específicos	Indicadores de Output	2015 (<i>Baseline</i>)	Meta	
			2020	2025
Garantir excelência na oferta de quadros para o Sector de Saúde	Existência de uma agência de acreditação de provedores de formação (públicos e privados)	Não	Sim	Sim
	% de provedores de formação (públicos e privados) que cumpre com os standards de acreditação anualmente	ND	50%	80%
	% de técnicos de saúde absorvidos pelo SNS e que tenham sido graduados em provedores acreditados	ND	60%	100%
	Índice de satisfação dos gestores das US de nível primário e secundário com o desempenho dos recém graduados durante o primeiro ano de trabalho (pesquisa anual)	ND	Gap entre 100% e <i>baseline</i> reduzido em 1/4	Gap entre 100% e <i>baseline</i> reduzido em 1/2
	Rácio de estudantes / turma	30	20	16
	Rácio docentes a tempo inteiro / turma	2	2,5	4
	Rácio docentes a tempo inteiro / estudante	1/15	1/8	1/4
	# de docentes a tempo inteiro	476	534	679
	% de docentes efectivos com licenciatura	46%	60%	80%
	Orçamento das IdF (milhões de Meticais)	515	640	814,2
	Orçamento por estudante (mil Meticais)	74,4	150	300

Tabela 31 – Objectivo Específico 1.2: Plano de Iniciativas Estratégicas

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
7. Actualização do Plano de Formação em função do Preenchimento do Quadro de Pessoal.	O plano de formação serve de guião de orientação para definição das prioridades de formação inicial e contínua do Sector. O plano de formação em curso deve ser atualizado em função das projecções deste PNDRHS. Posteriormente, haverá necessidade de reformulação o plano de formação com as necessidades revistas em função do Quadro Tipo & Quadro de Pessoal finais.	7.1. Formular o Plano de Formação (2016-2025) com base nas projecções deste PNDRHS para regime especial de saúde.	Até Dezembro							DRH	Não
		7.2. Actualizar o Plano de Formação com base na revisão das projecções do PNDRHS, uma vez aprovado o Quadro Tipo de Pessoal.								DRH	Não
8. Desenho, Aprovação e Implementação do Sistema de Acreditação de Instituições de Formação, dos cursos e dos formandos, assegurando participação activa do MISAU	Como visto na Análise Situacional, três fenómenos ocorrem concomitantemente: um aumento quase que exponencial de graduados nas IdF do MISAU, um aumento da oferta de graduados do Sector Privado e uma percepção de baixa qualidade dos graduados. Assim, com o objectivo de assegurar qualidade nas instituições e nos técnicos de saúde recém-graduados, urge implementar um sistema de acreditação de IdF, cursos e formandos com participação do MISAU. Serão assim definidos critérios técnicos e logísticos para a designação e acreditação das Instituições de Formação de nível académico médio, dos sectores público e privado, assim mesmo os padrões técnicos para cada um dos cursos, e os requerimentos académicos para a aquisição das competências e os alinhamentos para a graduação dos formandos.	8.1. Consolidar a participação do MISAU no Comité do Ensino Técnico Profissional do MCTESTP.								DRH MCTESTP	Não
		8.2. Elaborar um manual de critérios e padrões de acreditação das Instituições (públicas e privadas) de Formação de Nível Médio em Saúde.								DRH MCTESTP e ANEP	Sim
		8.3. Realizar a título piloto a verificação externa de todas as IdF públicas e privadas de nível médio com base nos padrões de acreditação. Produzir os resultados em relatório que irão alimentar o estabelecimento de uma Agência de Acreditação ou a implementação dos arranjos legais e institucionais de acreditação das IdF em Saúde. Este processo piloto deve ser paralelamente pedagógico para que as IdF em Saúde (Públicas e Privadas) se preparem para acreditação efectiva a partir de 2019.								DRH MCTESTP e ANEP	Sim
		8.4. Estabelecer uma Agência de Acreditação de Instituições de Formação em Saúde								DRH MCTESTP e ANEP	Sim

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
		8.5. Lançar formalmente a acreditação externas de IdF em Saúde (Públicas e Privadas). Este mecanismo deve literalmente impedir IdF que não passem nos padrões de acreditação de graduar técnicos de saúde. O sistema de acreditação deve depois ser implementado anualmente.								DRH <i>MCTESTP e ANEP</i>	Sim
		8.6. Desenhar os critérios de desenvolvimento dos cursos técnico profissionais de saúde, indicados como prioritários, incluindo a reestruturação curricular baseada em créditos e ensino em competências.								DRH <i>MCTESTP e ANEP</i>	Sim
		8.7. Definir os critérios e mecanismos de certificação dos formandos, das carreiras técnico-profissional de saúde indicadas como prioritárias.								DRH <i>MCTESTP e ANEP</i>	Sim
9. Elaboração de Estratégia de Parceria com o Sector Privado para Formação para a Saúde	<p>O MISAU desenvolve uma função social vital para garantir a saúde da população. Para cumprir com esta função, os antecedentes históricos levaram a que o MISAU assumisse a formação de técnicos de saúde por forma a cobrir a prestação de serviços nos estabelecimentos de saúde a nível nacional.</p> <p>Desde 2013, o Sector Privado tem iniciado a formação de técnicos de saúde de nível médio, mas a percepção generalizada é que esta formação realizada no sector privado tem ainda um grande défice de qualidade. A longo prazo, caso se mostre viável e sustentável, a tendência poderá ser o Estado <i>confiar</i> ao Sector Privado a formação de técnicos de saúde e concentrar-se no core da sua função de política e de regulação.</p> <p>Contudo, porque pelas regras de oferta e demanda o Sector Privado não vai parar de formar técnicos de saúde, e porque</p>	9.1. Definir as carreiras requeridas pelo MISAU que não serão formadas nas suas Instituições de Formação (no âmbito do Plano de Formação actualizado).								DRH	Não
		9.2. Realizar encontros de coordenação com as Instituições de Formação do Sector Privado para a divulgação das estratégias e planos de formação e recrutamento de recursos humanos em saúde do MISAU.	Nov para os 3 anos seguintes	Nov para os 3 anos seguintes	Nov para os 3 anos seguintes	Nov para os 3 anos seguintes	Nov para os 3 anos seguintes	Nov para os 3 anos seguintes	Nov para os 3 anos seguintes	DRH	Não
		9.3. Promover a criação de um Comité Interinstitucional para a monitorização da qualidade do processo formativo nas Instituições de Formação do sector privado (temporariamente, enquanto é estabelecida a Agência e dos mecanismos de acreditação).								DRH	Não

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
	independentemente de uma decisão política futura de confiar a formação ao Sector Privado, torna-se necessário estabelecer no curto prazo mecanismos para que o Sector Privado complemente a oferta das IdF do MISAU e esteja alinhado com as prioridades definidas pelo próprio Sector com relação aos RHS . Pré-requisito: cumprimento de parâmetro mínimos de qualidade estabelecidos na Estratégia de Garantia da Qualidade da Formação de Técnicos de Saúde do MISAU, que as Instituições de Formação privadas deverão cumprir para formar e graduar técnicos de nível médio competentes.	9.4. Estabelecer PPPs com Instituições de Formação para formação de técnicos de saúde. Aplica-se às ocupações que: a) não serão formados nas IdF do MISAU; b) não estão nos planos <i>normais</i> das IdF pois não há para eles grande demanda no Sector, exigem mais investimento no processo formativo.								DRH	Não
10. Melhoria do comportamento ético e deontológico dos técnicos de saúde, a partir do processo de formação inicial.	Esta estratégia é extremamente importante no desempenho dos profissionais de saúde e na qualidade do atendimento, determinando a aceitação ou rejeição dos serviços. O processo de formação dos técnicos de saúde com frequência é de dois anos de duração com actividades práticas nos estágios na qual o formando deve já ter um comportamento ético na abordagem ao utente. É necessário reforçar esta componente no processo de formação inicial.	10.1. Rever todos os Curricula de Formação para o fortalecimento da componente de Ética e Deontologia Profissional, de forma transversal na estrutura curricular.								DRH	Sim
		10.2. Elaborar módulos formativos para os docentes e estudantes considerando as especificidades e circunstâncias do atendimento aos utentes.								DRH	Sim
		10.3. Elaborar e implementar um programa de formação contínua para os docentes para o leccionamento dos módulos de ética e deontologia profissional.		Elaborar	Implementar	Implementar	Implementar			DRH	Sim
		10.4. Implementar mecanismos complementares de reforço de tratamento respeitoso (aceitabilidade). Estes mecanismos incluem “liderança pelo exemplo nas IdF”, nos campos de estágio (tutores e gestores); sessões de mobilização e de mudança de comportamento de estudantes para um comportamento mais respeitoso para com pacientes		Desenhar	Implementar	Implementar	Implementar			DRH <i>DNAM, DNSP, IdF, DPS, SDSMAS</i>	Sim

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
		(podendo envolver técnicos “mais velhos”, reformados cujo comportamento foi notoriamente exemplar).									
11. Aceleração da formação de técnicos de saúde necessários para constituir as equipas cirúrgicas das Uss.	<p>O <i>deficit</i> de Instrumentistas e Anestesiologistas com frequência dificulta o desenvolvimento cirúrgico de um hospital de referência com sérias consequências para os utentes.</p> <p>A formação de técnicos de nível médio especializado nestas áreas carece de candidatos. Simultaneamente, a formação de quadros de nível superior conta com número maior de candidatos. Neste contexto, urge desenvolver iniciativas que acelere a existência de técnicos de nível médio e/ou superior para constituição de equipas cirúrgicas.</p>	11.1. Estabelecer convénios com as Instituições de Ensino Superior de Saúde para a realização de cursos de requalificação de Instrumentação e Anestesiologia.								DRH	Não
		11.2. Monitorar a realização destes cursos.								DRH	Não
12. Aprovação e implementação da Estratégia de Garantia da Qualidade de Formação das IdF's do MISAU.	<p>Existe uma forte e generalizada preocupação em quase todos os stakeholders consultados sobre a qualidade do processo formativo e dos respectivos graduados. O PESS 2014-2019 estabelece como objectivo: Melhorar a qualidade da formação nas instituições de formação.</p> <p>Os esforços desenvolvidos pelo Departamento de Planificação e Desenvolvimento Curricular no último quinquénio, no contexto da melhoria da qualidade de formação, permitiram avançar nos diferentes elementos da garantia de qualidade do processo formativo.</p> <p>As exigências da expansão da rede sanitária, implicam um aumento marcado do número de graduados para os próximos anos (este PNDRHS prevê-se a formação e absorção de 20,000 técnicos de saúde entre 2016 e 2025).</p> <p>Assim, foi formulada uma nova Estratégia e respectivas actividades que permitam salvaguardar e melhorar a produção de técnicos de saúde altamente qualificados. Foi feita uma</p>	12.1. Assegurar a aprovação a Estratégia de Garantia da Qualidade de Formação pelo MISAU.								DRH <i>Direcção do MISAU</i>	Não
		12.2. Divulgar a Estratégia a todos os intervenientes no processo de formação das Instituições de Formação do MISAU.								DRH	Não
		12.3. Divulgar para o sector público e privado a síntese da Estratégia na expectativa de estabelecer exemplos para a formação de qualidade.								DRH	Não
		12.4. Elaborar e implementar um Programa de Garantia de Qualidade das IdF do MISAU . Este programa deve incluir acções de capacitação humana e institucional (componente prática, orienta a resultados), com vista a implementação da garantia de qualidade.		Elaborar	Implementar	Implementar				DRH	Sim

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
	análise dos pontos fortes, frágeis, ameaças e oportunidades, elencados em cada nível de desenvolvimento, buscando-se determinar as principais linhas de orientação estratégica em que a DRH assentará as acções de modo a alinhar as prioridades e os recursos existentes e assim implementar um sistema estruturado e sustentável de garantia de qualidade da formação.	12.5. Monitorar o cumprimento das actividades estipuladas na Estratégia.								DRH	Não
		12.6. Realizar um estudo prospectivo para avaliar o impacto da Estratégia e definir acções correctivas.								DRH	Sim
13. Revisão dos procedimentos de selecção de candidatos para elevar o nível de exigência de entrada de candidatos (classificação do exame de admissão e testes psicotécnicos / vocacionais)	Actualmente o processo de admissão tem fragilidades (ex: segurança dos enunciados) facilitando situações críticas de fraude, embora pouco frequentes. A implementação de um processo electrónico de admissão diminuirá o risco de fraude e a complexidade do próprio processo.	13.1. Realizar um estudo de campo sobre as experiências nacionais de realização de exames de admissão electrónicos.								DRH	Sim
		13.2. Elaborar os termos de referência da nova metodologia de admissão de candidatos aos cursos de saúde de acordo com os resultados do estudo acima citado.								DRH	Sim
		13.3. Realizar a planificação financeira para a introdução do novo sistema de admissão.								DRH	Não
		13.4. Introduzir a nova metodologia de forma sustentável.								DRH	Sim
		13.5. Implementar nos anos subsequentes, de forma gradual, o novo processo.								DRH	Sim
14. Realização de Estudo e elaboração de Estratégia de introdução gradual de Gestão Privada das IdF do MISAU (externalização).	A alternativa de gestão privada das IdFs do MISAU deve basear-se em princípios do papel fundamental do Estado (política e regulação), bem como consequências positivas ou não de um processo de terceirização da gestão das IdF em termos de eficiência, eficácia e qualidade (por exemplo, necessidade e gestão de 979 funcionários alocados actualmente nas Instituições de Formação).	14.1. Elaborar um estudo de viabilidade institucional e económica (incluindo <i>value for 60d Fa</i>) da gestão privada das IdFs do MISAU.								DRH	Sim
		14.2. Tomar decisão em função dos resultados do estudo.								Direcção do MISAU DRH	Não

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
15. Desenho e Implementação de Programas de Especialização técnica e pedagógica para os docentes das IdF do MISAU.	Uma das bases para a melhoria da qualidade é a capacidade técnica actualizada dos docentes. Assim sendo, é fundamental implementar um programa contínuo de capacitação das áreas pedagógica e técnica especializada considerando os conteúdos dos programas de formação dos cursos que terão que leccionar.	15.1. Elaborar um programa de formação contínua para os docentes por tipo de curso que lecionam.								DRH	Sim
		15.2. Formar anualmente os docentes das IdF do MISAU em áreas de pedagogia e áreas técnicas (farmácia, laboratório, enfermagem, entre outras).								DRH	Sim
		15.3. Promover a realização de cursos de Mestrado em Pedagogia nas áreas técnicas prioritárias.								DRH	Sim
16. Realização de <i>lobby</i> junto do DAF e do MEF para aumento do espaço fiscal para as IdF.	O fluxo da disponibilização dos fundos para as 61d Factualmente implica a intervenção da DPS, ocasionando com frequência morosidade para aplicação destes fundos, e inclusive a redução dos fundos devido a priorização das actividades assistenciais e de prestação de serviços de saúde em detrimento da formação. A instalação de eSISTAFE nas IdF e a designação destas como UGBs (Unidades Gestoras Beneficiárias) facilitarão a alocação e execução oportuna dos fundos planificados para as actividades institucionais.	16.1. Elaborar uma proposta para MEF para transformar as IdFs em UGBs.								DRH	Não
		16.2. Junto com o MEF coordenar actividades para garantir a instalação de eSISTAFE nas IdFs e consolidação em UGBs.								MISAU	Não
		16.3. Monitorar a transformação de IdFs em UGBs.								DRH	Não

Objectivo Específico 1.3: Absorver mais e melhores profissionais de acordo com as necessidades planificadas

As tabelas que se seguem apresentam respectivamente os indicadores de output (e metas) deste Objectivo Específico e as Iniciativas Estratégicas a implementar.

Tabela 32 – Objectivo Específico 1.3: Indicadores de *Output*

Objectivos Específicos	Indicadores de Output	2015 (<i>Baseline</i>)	Meta	
			2020	2025
Absorver mais e melhores profissionais de acordo com as necessidades planificadas	% de graduados das IdF absorvido no quadro do Sector até 2 anos depois da conclusão do curso	ND	Gap entre 100% e <i>baseline</i> reduzido em 1/2	Gap entre 100% e <i>baseline</i> reduzido em 3/4
	% de profissionais “dentro do quadro”	90,32%	94%	97%
	% de técnicos de saúde absorvidos que demonstraram “vocação” no processo de selecção (concurso)	ND	100%	100%
	% de técnicos de saúde de nível básico e elementar no SNS (do total de técnicos de saúde)	35%	14%	0%
	% de técnicos de saúde de nível médio no SNS (do total de técnicos de saúde)	50%	71%	85%

Tabela 33 – Objectivo Específico 1.3: Plano de Iniciativas Estratégicas

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma								Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025			
17. Estabelecimento de Mecanismos de Divulgação / Advocacia / Reforço do Orçamento para o cumprimento do Plano Anual de RH.	Os Planos Anuais (PES, PESOE, PESOD) servem para implementar os planos estratégicos (PQG, PESS, PNDRHS, PEDP, PEDD) em que a partir dos objectivos definidos são operacionalizados em termos de metas específicas, actividades a serem realizadas, indicadores, custos, recursos envolvidos, responsabilidades e prazos. O sector saúde anualmente planifica e orçamenta as suas necessidades com vista a responder aos planos estratégicos. No entanto, as necessidades não são cobertas na totalidade, especificamente as necessidades adicionais em RH (nomeações provisórias, progressões, promoções, mudanças de carreiras) tem défices substanciais todos os anos como evidenciado na Análise Situacional. Estas lacunas, contribuem para o aumento do pessoal contratado no sector e os funcionários ficam privados durante vários anos de se beneficiarem dos seus direitos previstos no EGFAE, nomeadamente o seu crescimento na carreira, contribuindo para insatisfação no seio dos mesmos.	17.1. Com base no Plano de Absorção, mobilizar o MEF e as DPPF para o reforço do orçamento dos planos operacionais. Em particular, é importante que – junto do MEF – seja alinhado o Cenário Fiscal de Médio Prazo especificamente para a componente de Despesas com o Pessoal alinhadas com: a) as projecções de RHS deste PNDRHS; b) o plano de Absorção dos Contratados; c) as metas de redução da dependência de parceiros no pagamento de salários de pessoal da saúde; d) a descompressão salarial necessária para os técnicos de saúde de nível médio.									DRH <i>DPC, DAF</i> <i>DPS's</i>	Não
18. Desenho e lançamento do processo de Concurso Público para o Regime Especial de Saúde (incluindo exames práticos bem como a dimensão de Ética e Deontologia) e orientação vocacional.	Regista-se nos últimos anos, um crescimento do número de graduados das IdFs públicas e privadas. Este crescimento não tem sido proporcional ao volume de recursos atribuídos para absorção do pessoal. Face a esta situação e às queixas recorrentes com relação à qualidade dos recém-graduados, o processo de recrutamento e selecção será por concurso, para garantir que as necessidades por província estejam satisfeitas e para garantir a melhor qualidade dos profissionais recrutados.	18.1. Elaborar o Plano Anual de RHS baseado nas necessidades das províncias e definir vagas com base do Plano (Actividade 3)	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	Nov para o ano seguinte	DRH	Não	
		18.2. Definir, aprovar a metodologia de concurso e estabelecer as condições organizativas e logísticas para a sua implementação a nível nacional. Esta actividade inclui: <ul style="list-style-type: none">Desenho dos testes de competência (exames práticos) incluindo a dimensão de Ética e Deontologia profissional.Desenho dos exames de orientação vocacional, incluindo a dimensão de Ética e Deontologia profissional.Preparação dos supervisores e avaliadores internos e externos, incluindo a realização de pilotos. Estes pilotos		Até Junho						DRH	Sim	

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
		<p>poderão corrigir o desenho inicial dos testes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparação de calendários pra realização dos testes de competências, incluindo mobilização das províncias. • Preparação das condições físicas para a realização dos testes em todo o País. 									
		18.3. Confirmar vagas e verba para lançamento do concurso.		Julho						DRH	Não
		18.4. Lançar e realizar os concursos ao nível provincial.		Ago a Dez						DRH	Não
19. Implementação de uma Estratégia de Integração / acolhimento dos Funcionários, com enfoque aos recém-colocados.	No processo de colocação / recepção do pessoal recém-admitido nos locais de trabalho, verifica-se um “abandono”. Com vista a garantir um acompanhamento e integração dos mesmos, foi identificada a necessidade de se desenvolver um programa de acolhimento dos profissionais, desde o processo de colocação: marcação e aquisição de passagens, sua recepção ao nível das províncias, integração nos locais de trabalho, alojamento, atribuição do <i>kit</i> de instalação entre outros aspectos que promovem a humanização dos funcionários e agentes do Estado.	19.1. Realizar o levantamento de informações, normas, direitos e deveres importantes para funcionários.								DRH	Não
		19.2. Colher a experiência do Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano na atribuição de kit.								DRH	Não
		19.3. Rever o conteúdo dos Kits de instalação e junto com as províncias, desenhar um <i>checklist</i> de actividades de acolhimento sem custos.								DRH	Sim
		19.4. Elaborar um manual de integração para os funcionários recém-admitidos e capacitar anualmente os gestores provinciais na sua implementação. Nesta acção será feita também a monitoria da implementação do manual nos 12 meses anteriores. A monitoria deve incluir a verificação (por entrevista ou breve questionário) junto dos recém-colocados sobre o seu processo de acolhimento.		Elaborar e Formar	Monitorar e Formar	Monitorar e Formar	Monitorar e Formar	Monitorar e Formar	Monitorar e Formar	DRH	Sim
20. Desenho e implementação de Procedimentos de Recrutamento e	Um dos factores que contribui para a fraca qualidade dos recém-graduados das IdF do MISAU é a fraca qualidade dos docentes. Complementarmente às outras iniciativas para	20.1. Desenvolver os Descritivos de Função dos docentes por área de actuação.								DRH	Sim
		20.2. Criar a carreira de docente em Saúde								DRH	Sim

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
Seleção de Docentes	<p>melhoria da qualidade (incluindo a formação dos docentes efectivos actuais), é importante fortalecer a qualidade dos docentes, por via de uma adequada selecção de futuros docentes efectivos. Para tal, é importante estabelecer Descritivos de Função e procedimentos de selecção adequados.</p> <p>É também importante atrair docentes com qualidade. Para tal, uma carreira de docentes para o sector de saúde pode ser factor preponderante.</p>	20.3. Lançar concursos internos e/ou externos para o recrutamento de docentes.								DRH	Não
21. Programa de Capacitação da planificação baseada em Quadro-Tipo e Quadro de Pessoal.	<p>A ausência de Quadro-Tipo e Quadro de Pessoal actualizados levaram a um desordenamento no processo de recrutamento de pessoal para as diferentes unidades orgânicas, causando em alguns casos, sobrecarga de trabalho para algumas áreas ocupacionais e ociosidade em outras.</p> <p>Urge melhorar a equidade na distribuição dos RHS e a eficiência dos RHS.</p> <p>Deste modo, esta estratégia tem por objectivo garantir que a planificação seja elaborada respeitando as necessidades de preenchimento das vagas previstas nos Quadros de Pessoal.</p>	21.1. Realizar oficinas de Trabalho para a capacitação: a) em diagnósticos e iniquidades intra-provinciais com utilização de ferramentas de informação disponíveis; b) na utilização do Quadro Tipos de Pessoal; c) na utilização da metodologia de aplicação do Quadro Tipo de Pessoal.			Anual	Anual	Anual	Anual	Anual	DRH DNAM	Sim (nos primeiros 2 anos)
		21.2. Produzir brochuras com os Quadros Tipo e Quadro de Pessoal e da metodologia de aplicação.								DRH DNAM	Sim
		21.3. Garantir que cada unidade orgânica tenha um exemplar da brochura, com metodologias claras para seu uso na planificação equitativa de RH a nível provincial e distrital.								DRH DNAM	Não
22. Alteração gradual do mecanismo de contratação de médicos estrangeiros para contratos individuais.	<p>A capacidade formativa nacional de médicos especialistas está ainda a ser consolidada. Assim, haverá sempre a necessidade de continuar a contar com médicos estrangeiros. As projecções do PNDRHS mostram a necessidade de <i>manter</i> no SNS, 500 médicos especialistas nos próximos 10 anos (2016-2025). A contratação de médicos especialistas estrangeiros no âmbito dos acordos de cooperação bilateral tem-se mostrado onerosa, contrariamente às contratações a título individual. Por forma a tornar a utilização de especialistas estrangeiros mais eficiente, será</p>	22.1. Rever os acordos de cooperação que interditam a contratação de médicos fora dos acordos.								DPC DRH	Não
		22.2. Elaborar e implementar anualmente um <i>plano de transição</i> dos contratos dos especialistas para o regime de contratos individuais. Para tal, será importante considerar as projecções de especialistas estrangeiros e nacionais deste PNDRHS.								DPC DRH	Não
		22.3. Planificar e garantir no orçamento provincial, verbas para a contratação de								DRH DNAM	Não

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e <i>Participantes</i>	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022- 2025		
	aberta a opção de contratação de médicos especialistas a título individual, em colaboração com a Ordem dos Médicos de Moçambique.	médicos estrangeiros segundo as necessidades expressas.									

6.2 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 2: RETER OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA SUA ÁREA OCUPACIONAL, NO NÍVEL MÉDIO E NA REDE PRIMÁRIA

Esta Secção está estruturada em três partes: a) Indicadores e metas de *Outcome* do Objectivo Estratégico; b) Indicadores e Metas de Output dos Objectivos Específicos; e c) Iniciativas Estratégicas por Objectivo Específico.

6.2.1 Objectivo Estratégico 2: Indicadores e metas de *Outcome*

O Objectivo Estratégico 2 tem uma dimensão importante de **acessibilidade**, essencialmente medida pela retenção dos profissionais na rede primária de atenção como se pode ver na tabela que segue⁴⁴.

Tabela 34 – Objectivo Estratégico 2: Indicadores de *Outcome*

Indicadores de <i>Outcome</i>	2015 (<i>Baseline</i>)	Meta	
		2020	2025
% de técnicos de saúde afectos à rede primária ⁴⁵	36%	48%	42%
# de mudanças de carreira do Regime Especial de Saúde para Outros Regimes (com excepção das pessoas que tiveram autorização para estudar em 2016)	119	0	0

6.2.2 Objectivo Estratégico 2: Indicadores, Metas de *Output* e Iniciativas Estratégicas

Objectivo Específico 2.1: Garantir a evolução dos profissionais de saúde na sua área ocupacional

As tabelas que se seguem apresentam os indicadores de output (e metas) deste Objectivo Específico.

Tabela 35 – Objectivo Específico 2.1: Indicadores de *Output*

Objectivos Específicos	Indicadores de Output	2015 (<i>Baseline</i>)	Meta	
			2020	2025
Garantir a evolução dos profissionais de saúde na sua área ocupacional	% de funcionários cuja promoção ou progressão automática não é realizada num prazo de 12 meses	50%	30%	10%
	% de funcionários enquadrados no novo sistema de carreiras para a Saúde	N/A	60%	100%

⁴⁴ Estes números e rácios são detalhados e explicados no Capítulo seguinte – projecção de RHS.

⁴⁵ A priorização de técnicos para a rede primária numa primeira fase (5 anos) leva a um aumento significativo da percentagem. Numa segunda fase (2021 a 2025), o investimento complementar nas outras redes leva a ter mais técnicos também nos níveis secundário, terciário e quaternário

Objectivo Específico 2.2: Reter os profissionais de saúde no nível médio

As tabelas que se seguem apresentam os indicadores de output (e metas) deste Objectivo Específico.

Tabela 36 – Objectivo Específico 2.2: Indicadores de Output

Objectivos Específicos	Indicadores de Output		2015 (Baseline)	Meta	
				2020	2025
Reter os profissionais de saúde no nível médio	Implementação da Descompressão salarial para os técnicos de saúde de nível médio		Não	Sim	Sim
	Proporção entre salário médio dos técnicos de saúde de nível médio e o nível superior nas ocupações de outros regimes	Dentro do cenário médio	1 para 2,7	1 para 2,4	1 para 2,3
		Com recursos adicionais		1 para 2,0	1 para 1,4

Objectivo Específico 2.3: Reter os profissionais de saúde no nível primário de atenção

As tabelas que se seguem apresentam os indicadores de output (e metas) deste Objectivo Específico.

Tabela 37 – Objectivo Específico 2.3: Indicadores de Output

Objectivos Específicos	Indicadores de Output		2015 (Baseline)	Meta	
				2020	2025
Reter os profissionais de saúde no nível primário de atenção	% de mobilidade da rede primária comparativamente com outros níveis		ND	Por definir	Por definir
	% de técnicos de saúde que regressam à rede primária depois da formação		ND	Por definir	Por definir

Apresenta-se de seguida as Iniciativas Estratégicas previstas no âmbito do Objectivo Estratégico 2 e dos seus Objectivos Específicos.

Tabela 38 – Objectivos Específicos 2.1 a 2.3: Plano de Iniciativas Estratégicas

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
23. Revisão, aprovação e implementação de um novo sistema de carreiras que privilegia a lógica de ocupação (diferenciação de competências) ao invés da lógica de nível académico.	<p>O actual sistema de carreiras e remunerações na Administração Pública está associado ao nível académico, o que faz com que o pessoal invista na formação com vista a ascender os níveis mais altos da carreira, sem necessariamente privilegiar a componente de competências.</p> <p>Neste sentido, propõe-se a revisão do sistema de carreiras e remunerações com vista a permitir maior valorização das competências. Esta revisão deve ainda abrir espaço para a descompressão salarial no nível médio (Iniciativa seguinte).</p>	23.1. Concluir e aprovar o Estatuto dos Profissionais de Saúde.								DRH	Não
		23.2. Desenhar o novo sistema de carreiras e remuneração. Assegurar espaço para se prever a descompressão salarial para os técnicos de saúde de nível médio. Garantir ainda que os <i>inputs</i> para a progressão na carreira incluam os anos de experiência e a realização de FC acreditada.								DRH	Sim
		23.3. Discutir/harmonizar a proposta das novas carreiras com as Direcções Nacionais.								DRH Outras Unidades do MISAU	Não
		23.4. Submeter a proposta à Comissão Interministerial de Reforma da Administração Pública.								AJ DRH	Não
		23.5. Assegurar a disseminação e implementação do novo sistema de carreiras a todos os níveis.								DRH	Não
24. Implementação da descompressão salarial dos técnicos de saúde de nível médio (no âmbito da Estratégia de Atracção e Retenção).	<p>Em 2013 foi elaborada a estratégia de atracção e retenção que recomenda de entre várias iniciativas, a descompressão salarial entre as carreiras, condições de habitação e acesso a oportunidades de desenvolvimento profissional ligado à carreira.</p> <p>Face à insatisfação reportada nos técnicos de saúde em particular, e ao fenómeno de formação (quase que descontrolada, problematização já feita na Análise Situacional deste PNDRH), urge operacionalizar iniciativas previstas neste documento orientador, de modo a garantir a retenção dos técnicos de saúde (profissionais do regime</p>	24.1. Preparar um documento síntese e para efeitos de advocacia. Deverá incluir pelo menos a problematização, o enquadramento legal, os objectivos, a abrangência (número de técnicos de saúde de nível médio), as medidas sugeridas (novas bandas salariais para evolução mais atractiva no nível médio), os impactos positivos no sector e o impacto orçamental esperado.		Junho						DRH	Sim
		24.2. Submeter para Análise e aprovação do Conselho Consultivo do Ministro da Saúde.		Junho						DRH	Não

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma						Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025	
	<p>especial de saúde) na sua área de ocupação e na rede de atenção primária.</p> <p>Neste processo é importante assegurar que os anos de experiência acumulada na ocupação e as formações acreditadas de Especialização tenham impacto no crescimento da carreira e nos respectivos salários.</p>	24.3. Realizar de forma insistente <i>lobby</i> (influencia, advocacia, mobilização) aos níveis apropriados junto do MAEFP e MEF até à aprovação da descompressão salarial (encontros de sensibilização, harmonização e todos os outros passos formalmente necessários).							DRH	Não
		24.4. Operacionalizar a descompressão salarial em linha com o que for aprovado.							DRH	Não
25. Profissionalização da carreira de gestão.	<p>A análise situacional mostra fragilidades importantes na capacidade de gestão e dos gestores no SNS. Assim, parece importante estabelecer uma maior exigência no preenchimento de vagas para cargos de gestão.</p> <p>Neste contexto, mostra-se importante definir um Padrão de Requisitos (que servirá de base para a Avaliação do Perfil dos candidatos a posições de gestão) para validação das propostas de nomeação. Esta prática, assumida e bem divulgada, permitirá influenciar <i>a priori</i> a identificação de pessoas com perfil mais adequado antes de iniciar o processo de propostas de nomeação. Adicionalmente será desenvolvida uma metodologia para o estabelecimento e acompanhamento de um Plano de Sucessões (preparatório, não mandatório) para posições de gestão.</p> <p>Esta iniciativa restringe-se às posições de chefia nos profissionais de saúde (ex: médicos chefe).</p>	25.1. Definir o Perfil de Requisitos para os postos de gestão (nos diferentes tipos e níveis de estabelecimentos de saúde) e um Manual (<i>Guideline</i> ou Regulamento) dos Processos de Nomeação para os Cargos de Gestão.							DRH	Sim
		25.2. Elaborar uma Proposta de Plano e Programa de Sucessão de Gestores. Essencialmente trata-se de uma metodologia que deve, proactivamente, identificar e preparar técnicos (capacitando-os) para assumir posições de gestão e liderança no futuro. Esta preparação <u>não significa certeza</u> de sua nomeação futura.							DRH	Sim
		25.3. Aprovar e formalizar os documentos anteriores.							DRH	Não
		25.4. Divulgar e capacitar o público-alvo certo para a utilização do Manual e do Plano e Programa de Sucessão de Gestores.							DRH	Não
		25.5. Implementar o Plano e Programa de Sucessão de gestores.							DRH	Não

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
		25.6. Realização de Auditoria anual à conformidade dos processos de nomeação e definição de plano de acção de melhoria.								DRH <i>IGS</i>	Sim (nos primeiros 2 a 3 anos)
26. Elaboração e implementação de um Programa de fortalecimento da capacidade institucional e humana para o planeamento e gestão de progressões e promoções nos diversos níveis de gestão.	Esta iniciativa visa reforçar a capacidade dos gestores a identificar e priorizar as pessoas elegíveis para promoções e progressões, no contexto da exiguidade orçamental, usando o SIRH (eSip Saúde), e assegurar a respectiva planificação e orçamentação. Ainda que contribua para o segundo Objectivo Estratégico, a implementação desta iniciativa <i>poderá</i> ser integrada na Iniciativa 5.	26.1. Preparar um Programa eficaz, profundo (não superficial, teórico e/ou informativo), orientado para a acção, para o <i>on-the-job training</i> , evidenciando exemplos concretos para capacitar os Gestores de RH das Províncias em rotinas de administração de pessoas, em particular a preparação, planeamento, orçamentação e realização de nomeações, progressões e promoções. Deve incluir (entre outros mecanismos válidos), a utilização dos relatórios do eSip Saúde para identificar as pessoas elegíveis. A preparação deste programa deve ser seguida de um diagnóstico profundo com o envolvimento de uma ou duas províncias para que sejam identificados os problemas específicos (ex: arquivo, incompetência na utilização do eSIP saúde, “lobbies” feitos que impedem a utilização de critérios mais rigorosos, entre outros), eventuais orientações contraproducentes dos gestores da saúde.								DRH <i>DPS</i>	Sim
		26.2. Implementar o programa de capacitação todos os anos.								DRH <i>DPS</i>	Sim (nos primeiros 2 anos)
		26.3. Estabelecer um <i>helpdesk</i> (plataforma a definir) para dar suporte para que os gestores de nível provincial e distrital possam usar os relatórios do eSip Saúde para de forma transparente, priorizar os funcionários que estão há mais tempo sem nenhuma movimentação na carreira.								DRH	Sim (para o estabelecimento)

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
27. Reforço das condições de trabalho dos profissionais de saúde alocados à rede primária de atenção.	<p>A falta de condições de trabalho nas unidades sanitárias que constituem a rede primária de atenção tem resultado em dificuldade na retenção de técnicos de saúde nesse mesmo nível de atenção. Subsequentemente, este facto contribui para a desproporção na distribuição de técnicos de saúde entre as zonas urbanas e zonas rurais com já evidenciado na Análise Situacional.</p> <p>Neste contexto, propõe-se uma iniciativa de sensibilização e responsabilização dos órgãos de governação locais na criação de condições com vista a reter os técnicos de saúde nas zonas rurais.</p>	27.1. Preparar um documento de diagnóstico das actuais fragilidades nas condições de trabalho dos RHS nas US da rede primária, em particular equipamento médico-cirúrgico								DRH <i>CMAM, DPS, SDS</i>	Não
		27.2. Garantir que o equipamento médico-cirúrgico chegue às US da rede primária.								CMAM <i>DRH</i>	Não
		27.3. Garantir a existência de medicamentos essenciais nas US da rede primária.								CMAM <i>DRH</i>	Não
		27.4. Propor a inclusão nos PESOD's de construção e/ou renda de casa para técnicos de saúde actuando no distrito.								DPS's <i>DRH</i>	Não
		27.5. Garantir o apetrechamento e manutenção das US e unidades de gestão.								DPS's <i>DRH</i>	Não

6.3 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 3: ELEVAR O NÍVEL DE SATISFAÇÃO, COMPETÊNCIA E VOCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HUMANIZADOS E DE QUALIDADE

Esta Secção está estruturada em três partes: a) Indicadores e metas de *Outcome* do Objectivo Estratégico; b) Indicadores e Metas de Output dos Objectivos Específicos; e c) Iniciativas Estratégicas por Objectivo Específico.

6.3.1 Objectivo Estratégico 3: Indicadores e metas de *Outcome*

O Objectivo Estratégico 3 tem uma dimensão importante de **aceitabilidade e qualidade**. Estas dimensões podem ser medidas por vários indicadores específicos de desenvolvimento profissional contínuo como se pode ver mais à frente nos indicadores e metas dos Objectivos Específicos. No entanto, ao nível do Objectivo Estratégico parece importante medir a percepção do utente final dos serviços⁴⁶.

Tabela 39 – Objectivo Estratégico 3: Indicadores de *Outcome*

Indicadores de <i>Outcome</i>	2015 (<i>Baseline</i>)	Metas	
		2020	2025
Índice de satisfação dos profissionais de Saúde ⁴⁷	ND	Gap entre 100% e <i>baseline</i> reduzido em 1/4	Gap entre 100% e <i>baseline</i> reduzido em 1/2
Número total de médicos especialistas (dentre os quais moçambicanos)	691 (274)	969 (401)	1.242 (825)

6.3.2 Objectivo Estratégico 3: Indicadores, Metas de *Output* e Iniciativas Estratégicas

Objectivo Específico 3.1: Reforçar a meritocracia e reconhecer o desempenho

As tabelas que se seguem apresentam respectivamente os indicadores de output (e metas) deste Objectivo Específico e as Iniciativas Estratégicas a implementar.

Tabela 40 – Objectivo Específico 3.1: Indicadores de *Output*

Objectivos Específicos	Indicadores de Output	2015 (<i>Baseline</i>)	Meta	
			2020	2025
Reforçar a meritocracia e reconhecer o desempenho	% de RHS com plano de melhoria de competências e desempenho acordado com a chefia até dia 1 de Março de cada ano	N/A	60%	80%
	% de RHS avaliado de acordo com indicadores e métricas específicas para o Sector	N/A	60%	80%

⁴⁶ Estes números e rácios são detalhados e explicados no Capítulo seguinte – projecção de RHS.

⁴⁷ Breve explicação: Se, por exemplo, o *baseline* for estabelecido em 60%; então em 2020, o gap entre 100% e 60% é 40%. A meta de 2020 será reduzir o gap entre 100% e 60% em 1/4; ou seja, se o gap é 40%, então a redução do gap em 1/4 significa reduzir o gap de em 10%. Se o gap passa de 40% para 30%, então a meta para 2020 é 70%.

Tabela 41 – Objectivo Específico 3.1: Plano de Iniciativas Estratégicas

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
28. Institucionalização das Descrições de Função (<i>job descriptions</i>) como ferramenta de apoio à gestão e avaliação do desempenho dos RHS.	<p>Pretende-se com esta iniciativa, clarificar as tarefas desempenhadas (ou a desempenhar) por cada posto definido dentro da estrutura orgânica e de acordo com as respectivas funções (nas unidades de gestão e unidades sanitárias).</p> <p>As descrições de função deverão ser actualizadas, harmonizadas e uniformizadas por forma a incluir responsabilidades, perfil de competências necessárias (requisitos de competência) e outros elementos chave para uma Descrição <i>completa</i> de Função. Deve servir de ferramenta clarificadora de responsabilidades funcionais de cada funcionário e ser <i>input</i> ao processo de avaliação de desempenho.</p> <p>Esta iniciativa deverá abranger todas as ocupações, e devem ser considerados os níveis de atenção (primário a quaternário) e bem como os níveis de gestão (central, provincial e distrital).</p> <p>Mais do que elaborar as Descrições de Função (ou actualizar as que existem), é fundamental assegurar a devida utilização das mesmas pelos funcionários e pelos gestores no processo de gestão de pessoas.</p>	28.1. Elaborar Propostas de Descrições de Função (actualização das existentes), com base numa metodologia de mapeamento de processos e tarefas.								DRH <i>DNAM, DNSP e outras Unidades Orgânicas incluindo locais</i>	Sim
		28.2. Validar e aprovar as Descrições de Função (com a participação activa das Unidades Orgânicas responsáveis).								DRH <i>DNAM, DNSP e outras Unidades Orgânicas incluindo locais</i>	Sim
		28.3. Disponibilizar as Descrições de Função em plataforma <i>online</i> para consulta a qualquer momento por qualquer funcionário. Divulgar as Descrições de Função a todos os funcionários.								DRH	Sim
		28.4. Realizar uma capacitação aos gestores dos estabelecimentos de saúde para a utilidade e forma de utilização das Descrições de Função.								DRH <i>DNAM, DNSP e outras Unidades Orgânicas incluindo locais</i>	Sim
29. Institucionalização da medição da satisfação dos utentes do Sector (cliente externo)	Com vista a garantir o melhor desempenho e atendimento aos utentes internos e externos, há necessidade de se criar um instrumento que permite avaliar em específico, a satisfação dos utentes com a prestação dos RHS (dimensão técnica e humana).	29.1. Discutir e negociar com o INE a possibilidade de inclusão no IOF (ou outro inquérito) de questões para medir a satisfação dos utentes especificamente com relação à componente técnica e humana do trato pelos técnicos de saúde.								DRH	Sim

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
	O INE realiza periodicamente o Inquérito ao Orçamento Familiar (IOF). Uma componente deste IOF é a recolha da percepção dos utentes com relação à qualidade dos serviços de saúde. No entanto, dado que a qualidade dos serviços de saúde abrange aspectos que vão para além da prestação pelos RHS, sugere-se uma das seguintes opções: a) criar um instrumento que permite avaliar a satisfação dos utentes especificamente com a prestação dos RHS; b) negociar com o INE a introdução de questões específicas no IOF.	29.2. Caso a Actividade anterior não se mostre frutífera ou viável, desenvolver uma metodologia e ferramenta para medição da satisfação dos utentes especificamente com relação à componente técnica e humana do trato pelos técnicos de saúde.								DRH	Sim
		29.3. Implementar anualmente a ferramenta de medição da satisfação dos utentes. Assegurar que os Relatórios Anuais são publicados e existe um mecanismo de premiação do melhor desempenho.								DRH Sectores	Sim (nos primeiros 2 anos)
		29.4. Alimentar os resultados da medição anual de satisfação na ferramenta de Avaliação de Desempenho (incluindo indicadores que promovam melhoria no índice de satisfação dos utentes), nos Manuais e Conteúdos de Formação das IdF, nos Conteúdos de Formação Contínua, Descrições de Funções, PES da DRH e outras ferramentas de gestão.								DRH Sectores	Sim (nos primeiros 2 anos)
30. Institucionalização da medição da satisfação do cliente interno e do clima organizacional no MISAU/SNS	O desempenho das áreas de suporte (recursos humanos, planificação e finanças, sistemas de informação, jurídico, cooperação) deve ser regularmente avaliado pelas áreas core. Adicionalmente, é fundamental medir a temperatura com relação ao clima organizacional (essencialmente o nível de satisfação dos funcionários do sector em variáveis chave: compensações, tipo e conteúdo de trabalho, condições físicas de	30.1. Desenvolver uma metodologia e ferramenta para medição regular da satisfação dos clientes internos com relação à prestação de serviços das áreas de suporte (DRH, Finanças, DPC e outras) em todos os níveis.								DRH Sectores	Sim (nos primeiros 2 anos)
		30.2. Desenvolver uma metodologia e ferramenta para medição regular do clima organizacional no Sector.								DRH Sectores	Sim (nos primeiros 2 anos)

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
	trabalho, relações com a chefia, processos administrativos de RH e Finanças, relações de trabalho com colegas, entre outros).	30.3. Implementar anualmente as ferramentas de medição da satisfação dos clientes internos e medição do clima organizacional. Publicar os Relatórios Anuais e implementar um mecanismo de premiação do melhor desempenho.								DRH Sectores	Sim (nos primeiros 2 anos)
		30.4. Alimentar os resultados da medição anual de satisfação dos clientes internos e do clima organizacional na ferramenta de Avaliação de Desempenho (incluindo indicadores que promovam melhoria no índice de clima organização e satisfação de clientes internos) nos processos de tomada de decisão no Sector.								DRH Sectores	Sim (nos primeiros 2 anos)
31. Melhoria do modelo de Avaliação de Desempenho (AD) específico aos profissionais da Saúde e assegurar a sua integração efectiva no SIGEDAP	O PESS estabelece que como estratégia “Avaliar os Profissionais de Saúde de acordo com os requisitos do SIGEDAP (plano individual de trabalho que reflecte as contribuições ao plano da instituição, incluindo os indicadores de produtividade de pessoal)”. O SIGEDAP é um instrumento a ser utilizado por toda a Administração Pública. Como qualquer instrumento genérico, o SIGEDAP parece não responder às necessidades de avaliação específicas do Sector. Para uma gestão mais estratégica de RHS, é fundamental que a Avaliação de Desempenho dos RHS esteja baseada na implementação da descrição de funções (perfis) bem como no alcance de metas específicas e relevantes do Sector (metas individuais, metas da US/Unidade Orgânica, metas nacionais do Sector).	31.1. Desenhar e validar um Modelo renovado de Avaliação de Desempenho, que inclua para além de outros elementos relevantes Indicadores de Produtividade de RHS (poderá ainda incluir uma avaliação específica para os recém-graduados nos seus primeiros 2 anos por forma a assegurar o feedback necessário ao processo formativo).								DRH Sectores	Sim
		31.2. Elaborar Planos de Trabalho e Metas Individuais apropriadas com base nas Descrição de Funções. No ano 2 deve ser elaborada e divulgada uma metodologia que permita aos sectores elaborar estes Planos de Trabalho. A DRH dever posteriormente prestar a assistência técnica necessária para que os Sectores efectivamente elaborem os Planos anualmente.								DRH Sectores	Sim (nos primeiros 2 anos)

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
	Assim, é importante estudar com profundidade dois cenários: a parametrização mais efectiva do SIGEDAP para responder às necessidades específicas do Sector ou o desenvolvimento de um modelo de AD específico aos profissionais de Saúde (integrando, tanto quanto possível, no SIGEDAP).	31.3. Implementar Anualmente o Sistema <i>melhorado</i> de Avaliação do Desempenho. A DRH terá papel chave na monitoria da qualidade dos indicadores definidos e na qualidade da avaliação realizada pelos gestores .								Sectores DRH	Sim (nos primeiros 2 anos)
	A realização eficaz e rigorosa desta Iniciativa poderá despoletar a iniciativa 32, que é muito parecida à iniciativa já prevista no PNDRHS 2008-2015, mas não realizada: “Aprovação de um pacote revisto, actualizado e integrado de compensações indexado a critérios de avaliação de desempenho”.	31.4. Realizar auditoria (leia-se monitoria e avaliação) anual à implementação da Avaliação de Desempenho de acordo com o Modelo <i>renovado</i> de AD. Esta auditoria deverá resultar sempre em feedback aos sectores para melhoria contínua e eficácia da AD.								DRH	Sim (nos primeiros 2 anos)

Objectivo Específico 3.2: Fortalecer a ligação entre compensação e desempenho

As tabelas que se seguem apresentam respectivamente os indicadores de output (e metas) deste Objectivo Específico e as Iniciativas Estratégicas a implementar.

Tabela 42 – Objectivo Específico 3.2: Indicadores de *Output*

Objectivos Específicos	Indicadores de Output	2015	Meta	
			2020	2025
Fortalecer ligação entre compensação e desempenho	Implementado um Piloto de compensação variável de acordo com os resultados de avaliação de desempenho	Não	Não	Sim

Tabela 43 – Objectivo Específico 3.2: Plano de Iniciativas Estratégicas

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
32. Implementação de uma Estratégia de Atracção e Retenção de RHS	A falta de incentivos financeiros e não financeiros faz com que o pessoal afecto ou a ser afecto à rede primária onde há um maior número de unidades sanitárias e de população não se mantenha por muito tempo. Neste sentido, propõe-se identificar iniciativas para atribuir incentivos para reter técnicos de saúde nestes locais.	32.1. Preparar um documento orientador com: a) problematização; b) identificação dos objectivos e impacto na prestação de serviços de saúde; c) mapeamento dos incentivos financeiros e não financeiros já existentes no SNS e outros que podem ser atribuídos; d) identificação de lacunas existentes na atribuição dos incentivos; e) propostas de regulamentação necessária; e f) impacto orçamental e g) análise de riscos.		Até Junho						DRH	Sim
		32.2. Regular o sistema de incentivos financeiros e não financeiros para os funcionários afectos a rede primária e preparar as condições institucionais necessárias.		Até Dez						DRH AJ	Não
		32.3. Implementar e monitorar a implementação do sistema definido (inclui <i>lobby</i> anual por forma a assegurar a continuidade, relevância e impacto deste Programa).								DRH DAF	Não
33. Implementação de um processo Piloto de compensação variável de acordo com os resultados de avaliação de desempenho	O EGFAE e demais legislação associada (incluindo a do SIGEDAP) preveem um Bónus de Rendibilidade previsto no SIGEDAP.	33.1. Realizar um estudo <i>breve</i> de Viabilidade Técnica e Financeira (impacto na qualidade dos serviços e saúde e impacto orçamental), incluindo a definição do âmbito de aplicação do processo piloto de remuneração variável. Este estudo deve considerar o pressuposto da integração da remuneração variável à implementação de um Modelo renovado de AD (iniciativa 30). Deve ainda verificar o enquadramento legal necessário e propor ajustes (se necessário) à legislação.								DRH Sectores	Sim
		33.2. Criar as condições legais, institucionais e orçamentais								DRH AJ e DAF	Não

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022- 2025		
		necessárias para a implementação do Piloto. Por exemplo, é importante acautelar este assunto de forma mais geral ou específica no Estatuto dos Profissionais de Saúde e seu Regulamento.									
		33.3. Implementar o Piloto de remuneração variável.								DRH <i>Sectores</i>	Não
		33.4. Realizar um estudo dos impactos, boas práticas e lições aprendidas e definição dos passos seguintes para alargamento a todo o Sector Saúde.								DRH <i>Sectores</i>	Não

Objectivo Específico 3.3: Desenvolver competências de liderança e gestão de pessoas nos gestores do Sector da Saúde

As tabelas que se seguem apresentam respectivamente os indicadores de output (e metas) deste Objectivo Específico e as Iniciativas Estratégicas a implementar.

Tabela 44 – Objectivo Específico 3.3: Indicadores de *Output*

Objectivos Específicos	Indicadores de Output	2015 (<i>Baseline</i>)	Meta	
			2020	2025
Desenvolver competências de liderança e gestão de pessoas nos gestores do Sector da Saúde	% de gestores do Sector que participam de pelo menos 20 horas de formação em tópicos de Gestão e Liderança por ano	N/A	40%	60%
	% de gestores do Sector que reporta utilizar o Guião para o Gestores	N/A	60%	80%

Tabela 45 – Objectivo Específico 3.3: Plano de Iniciativas Estratégicas

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
34. Elaboração de um Manual de Gestão dos Serviços de Saúde para os Gestores do Sector da Saúde.	A maioria dos gestores dos estabelecimentos de saúde, principalmente das Unidades Sanitárias, são da área específica de saúde (médicos, técnicos de medicina, entre outros) e não possuem a formação respectiva em gestão de serviços de saúde ou gestão em geral. Inclui não existem instrumentos de apoio compilados que possam orientar o processo de gestão. A elaboração de um Guião orientador facilitará a capacitação dos gestores em todos os níveis.	34.1. Definir o perfil profissional do gestor dos estabelecimentos de saúde (este perfil poderá ter sido definido na Actividade 1.2)								DRH	Sim
		34.2. Elaboração do Manual.								DRH	Sim
		34.3. Aprovar, divulgar e monitorar a utilização do Manual.								DRH	Sim
35. Desenho e Implementação de um Programa de Formação em Gestão e Liderança para o Sector Saúde.	É fundamental melhorar continuamente o desempenho dos gestores do Sector Saúde, até porque muitos gestores têm um background de formação académica na área clínica e fragilidades em matéria de administração, gestão e liderança. Assim, fará parte desta iniciativa estratégica capacitar os gestores chave do SNS em matérias de gestão e liderança. É importante realçar que a actividade de “Fortalecimento de competências de gestão e liderança nos diferentes níveis de gestão do Sector” tinha sido já prevista no PNDRHS 2008-2015, mas não foi realizada.	35.1. Desenvolver um Programa de Gestão e Liderança considerando o perfil profissional do Gestor de Estabelecimento de Saúde. Este Programa deve incluir, manuais de formador e de formando. O Programa poderá ter conteúdo comum mas também ajustado aos gestores centrais, provinciais, distritais e de US (nos diferentes níveis).								DRH	Sim
		35.2. Preparar as condições organizativas, logísticas necessárias e planear a implementação do Programa em coordenação com todos os outros Sector.								DRH	Não
		35.3. Implementar anualmente o Programa de Formação em Gestão e Liderança para o Sector Saúde.								DRH	Sim

Objectivo Específico 3.4: Melhorar o nível de competências (incluindo Ética) dos funcionários para prestação de serviços

As tabelas que se seguem apresentam respectivamente os indicadores de output (e metas) deste Objectivo Específico e as Iniciativas Estratégicas a implementar.

Tabela 46 – Objectivo Específico 3.4: Indicadores de *Output*

Objectivos Específicos	Indicadores de Output	2015 (<i>Baseline</i>)	Meta	
			2020	2025
Melhorar o nível de competências (incluindo Ética) dos funcionários para prestação de serviços	% de médicos especialistas moçambicanos no total de médicos especialistas	40%	52%	66%
	% de RHS do Regime Especial que beneficia de, pelo menos, 5 dias de formação na sua área ocupacional continua ao ano	N/A	50%	60%
	% de RHS do Regime Especial que beneficia de, pelo menos, uma actividade de desenvolvimento profissional contínuo no ano	N/A	50%	60%
	# de Técnicos de Saúde de nível elementar e básico requalificados para o nível médio	N/A	4.226	9.075

Tabela 47 – Objectivo Específico 3.4: Plano de Iniciativas Estratégicas

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
36. Preparar e implementar o Plano de Requalificação dos Técnicos de Saúde de acordo com as projecções deste PNDRH	No âmbito das reflexões feitas no processo de elaboração deste PMNDRH, concluiu-se a necessidade de eliminar gradualmente a existência de técnicos de saúde de nível elementar e básico. Assim, espera-se a eliminação da formação do nível básico a partir de 2017. Espera-se ainda a requalificação dos actuais técnicos de nível elementar e básico para o nível médio. A DRH irá assim, mapear todos os candidatos elegíveis e assegurar um processo gradual de formação destes ao longo entre 2017 e 2025. É importante notar que a partir do efectivo no final de 2015, 70% dos técnicos de saúde de nível elementar e básico tinham menos de 42 anos; ou seja, em idade ainda aceitável para formação para o nível médio.	36.1. Elaborar o plano detalhado e operacional de Requalificação de acordo com as projecções deste PNDRHS.		Até Junho						DRH	Não
		36.2. Implementar o Plano de Requalificação.								DRH	Não
37. Implementação da Estratégia de Formação Contínua.	A Estratégia definida em 2011 constitui uma mudança pragmática na formulação e realização das actividades de formação contínua: promove o desenvolvimento destas actividades em função da melhoria do desempenho institucional e resultados nos indicadores de saúde. Assim sendo, a estratégia aborda os diversos elementos determinantes, nomeadamente: 1. O desenho do conteúdo de formação 2. Selecção criteriosa dos participantes 3. Adequada selecção da Metodologia 4. Formadores certificados 5. Locais de formação, principalmente formação em serviço: Unidades Sanitárias 6. Material, compreendendo a padronização dos cursos	Conteúdos	37.1. Definir os pacotes de atendimento por tipo de US.							DRH <i>DNAM e DNSP</i>	Sim
			37.2. Garantir que os conteúdos da FC estejam baseados em avaliações de desempenho dos serviços.							DRH <i>DNAM e DNSP</i>	Sim
			37.3. Elaborar pacotes de FC por áreas integradas de provisão de serviços desenvolvidos.							DRH <i>DNAM e DNSP</i>	Sim
		Participantes	37.4. Definir critérios e processos objectivos e explícitos para a selecção dos participantes da FC e expandir o uso da base de dados do SIFo para evitar a participação repetida na FC.							DRH	Sim
			37.5. Elaborar pacotes de FC por áreas integradas de provisão de serviços desenvolvidos.							DRH	Sim
		Metodologia	37.6. Definir critérios sobre a selecção das modalidades e metodologias para a FC de acordo ao propósito da formação.							DRH	Sim

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição		Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
				2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
7. Estrutura das actividades de formação, incluindo a metodologia de acreditação. 8. Avaliação obrigatória da aquisição de competências	Formadores	37.7. Promover o desenvolvimento de formação em serviço, e a utilização de tecnologia informatizada.									DRH	Sim
		37.8. Capacitar e certificar os formadores de FC considerando as seguintes categorias: Formador Qualificado, Formador de Formadores e Formador Avançado.									DRH	Sim
		37.9. Manter a base de dados actualizada de formadores no SIFo.									DRH	Não
	Locais	37.10. Definir critérios para a selecção de US para FC.									DRH	Sim
		37.11. Promover e seleccionar US como Centro de Excelência de Formação Contínua em cada Província.									DRH DPS	Sim (nos primeiros 2 anos)
	Recursos e material educativo	37.12. Elaborar pacotes integrados de FC nas diversas áreas técnicas de atendimento relacionadas com os padrões e indicadores de desempenho.									DRH DNAM e DNSP	Sim
		37.13. Actualizar e/ou padronizar os materiais para os cursos de formação.									DRH DNAM e DNSP	Sim
		37.14. Estabelecer o Programa Telessaúde no SNS.									DRH	Sim
	Estrutura das Actividades de FC	37.15. Promover a criação de um Comité de coordenação com o MCTESTP, Associações Profissionais e Instituições de Ensino Superior para a elaboração de um Regulamento de Re-certificação Profissional utilizando as diversas modalidades de FC inseridas num sistema de créditos.									DRH	Sim
		37.16. Desenvolver o programa de Re-certificação Profissional baseado em Sistema de Créditos para as carreiras de Enfermagem, Enfermagem de Saúde Materna, Farmácia e Laboratório.									DRH	Sim
	Avaliação	37.17. Definir os níveis e procedimentos de avaliação da FC									DRH	Sim
38. Criação de unidades de Ensino à Distância.	Um dos problemas verificados no desenvolvimento das actividades de formação contínua é a prolongada ausência		38.1. Elaborar os Termos de Referência das Unidades de Ensino à Distância.								DRH	Sim

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma						Responsável e Participantes	Requer AT?	
			2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022-2025
	<p>dos funcionários no local de trabalho com a consequente diminuição do volume de atendimento à Comunidade.</p> <p>A Estratégia de Formação Contínua estabelece a necessidade de implementar modalidades de formação em serviço coadjuvadas com a tecnologia informatizada, neste contexto formula-se a criação de Unidades Operacionais de Ensino a Distância nas Instituições de Formação do MISAU considerando um âmbito regional, incluindo o CRDS, por forma a gerir processos de formação idóneos para a formação em serviço e de apoio às tutorias locais.</p>	38.2. Definir as ocupações que serão abrangidas no processo de ensino a distância.								DRH	Sim
		38.3. Apoiar a instalação das Unidades de Ensino à Distância.								DRH	Sim
		38.4. Implementar experiências piloto relacionadas com o Sistema de Acreditação e Certificação.								DRH	Sim
		38.5. Operacionalizar as Unidades de Ensino à Distância.								DRH	Sim
39. Desenho e implementação da estratégia e plano de aceleração da especialização médica, incluindo parcerias com outros países.	<p>O sector saúde carece de médicos especialistas suficientes para as diferentes áreas, ainda mais com expansão da rede sanitária e o reforço de especialidades prioritárias nos Hospitais Provinciais, para tal tem recorrido a contratação de especialistas expatriados o que se torna oneroso e insustentável.</p> <p>O incremento da formação de médicos especialistas irá aumentar a expansão dos cuidados especializados, a melhoria dos mesmos e consequentemente a racionalização do orçamento gasto na contratação de mão-de-obra estrangeira.</p> <p>É importante o estabelecimento de parcerias com outros países na formação de especialistas nacionais.</p>	39.1. Em coordenação com a Ordem dos Médicos, desenhar os termos de referência para a contratação de uma assistência técnica para elaboração da estratégia e plano de aceleração da especialização médica.								DRH <i>Ordem dos Médicos (OM)</i>	Não
		39.2. Monitorar o desenvolvimento da consultoria.								DRH <i>OM</i>	Sim
		39.3. Aprovar estratégia e plano de aceleração da especialização médica.								DRH <i>OM</i>	Sim
		39.4. Implementar a estratégia e o plano de aceleração da especialização médica.								DRH <i>OM</i>	Não

6.4 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 4: DAR SUPORTE À IMPLEMENTAÇÃO DE UM RENOVADO ENQUADRAMENTO LEGAL, INSTITUCIONAL E DE GESTÃO DE RHS DO SECTOR

Esta Secção está estruturada em três partes: a) Indicadores e metas de *Outcome* do Objectivo Estratégico; b) Indicadores e Metas de Output dos Objectivos Específicos; e c) Iniciativas Estratégicas por Objectivo Específico.

6.4.1 Objectivo Estratégico 4: Indicadores e metas de *Outcome*

O Objectivo Estratégico 4 está associado à reforma ou melhoria do **enquadramento legal, processos, estrutura e sistemas de informação** e subsequentemente melhorar o **desempenho na gestão dos RHS no Sector**.

Tabela 48 – Objectivo Estratégico 4: Indicadores de *Outcome*

Indicadores de <i>Outcome</i>	2015 (<i>Baseline</i>)	Metas	
		2020	2025
Média nacional da avaliação externa dos padrões de desempenho	54%	75%	85%
% de gestores do SNS de nível local (DPS, SDSMAS e US) que reportam utilizar os Sistemas de Informação para Gestão de Pessoas	N/A	60%	80%

6.4.2 Objectivo Estratégico 4: Indicadores, Metas de *Output* e Iniciativas Estratégicas

Objectivo Específico 4.1: Desenhar e implementar reformas com impacto na gestão dos RHS

As tabelas que se seguem apresentam respectivamente os indicadores de output (e metas) deste Objectivo Específico e as Iniciativas Estratégicas a implementar.

Tabela 49 – Objectivo Específico 4.1: Indicadores de *Output*

Objectivos Específicos	Indicadores de Output	2015 (<i>Baseline</i>)	Meta	
			2020	2025
Desenhar e implementar reformas com impacto na gestão dos RHS	Análise funcional realizada	Não	Sim	Sim
	% de SDSMAS que operam com um quadro de pessoal revisto (com base na Análise Funcional)	N/A	10%	60%

Tabela 50 – Objectivo Específico 4.1: Plano de Iniciativas Estratégicas

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma						Responsável e Participantes	Requer AT?	
			2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022-2025
40. (Re) Análise Funcional do Sector da Saúde (MISAU e organizações subordinadas, DPS, SDSMAS)	O PESS prevê a realização desta análise funcional como responsabilidade da Unidade de Reformas. Esta Análise Funcional deve estabelecer um modelo organizacional do MISAU (Atribuições, processos e estruturas) sustentem uma estratégia de desenvolvimento e descentralização do Sector. No âmbito desta Análise Funcional, é importante investir no redesenho das atribuições, processos e estrutura da DRH de forma a implementar o Novo paradigma de gestão de RH da DRHS (suporte ao gestores na gestão de RH).	40.1. Estabelecer os consensos necessários com relação aos pressupostos, escopo e resultados esperados da Análise Funcional – os quais deverão estar consubstanciados em Termos de Referência claros.								Unidade de Reformas DRH	Não
		40.2. Estabelecer do Modelo Estratégico para o Sector; elaboração do Manual de Organização (Processos, Estrutura e RH). Esta actividade deve incluir elaborar / actualizar as estruturas orgânicas a todos os níveis e identificar os postos de trabalho.								Unidade de Reformas DRH	Sim
		40.3. Definir e Implementar um Plano de Mudança Organizacional. Em face dos resultados da Análise Funcional, é fundamental assegurar o suporte necessário para que os processos de mudança sejam planeados e geridos de forma transversal.								Unidade de Reformas DRH	Sim
41. Institucionalização da gestão e reconhecimento baseada em padrões de desempenho nas unidades orgânicas de Gestão de RHS	Os resultados da Avaliação Externa aos Padrões de Desempenho não só mostram uma grande fragilidade nos processos de gestão e de formação dos RHS, como também oferecem evidências e pistas sobre as prioridades de desenvolvimento humano e institucional.	41.1. Actualizar periodicamente (de forma dinâmica e em função da evolução da gestão do Sector), os padrões de desempenho das unidades orgânicas de Gestão de RHS (a nível central, provincial e distrital).								DRH	Não
		41.2. Estabelecer uma linha de base dos padrões de desempenho para os Serviços distritais									
		41.3. Institucionalizar avaliações externas anuais aos padrões de desempenho, assegurando a monitoria da implementação dos planos de acção resultantes.								DRH	Não
42. Redução gradual da proporção de despesas com pessoal suportadas por parceiros (ProSaúde, Governo Americano e outros), aumentando a proporção	Assim, é fundamental a realização de lobby junto do MEF para aumento do espaço fiscal para os RHS no sentido de aumentar a proporção das despesas de RHS suportadas pelo Orçamento do Estado e reduzir gradualmente a proporção de “contratados” no efectivo de RHS. Nos últimos anos, o orçamento atribuído não foi suficiente para cobrir as necessidades do sector para absorção do pessoal (contratados e novos graduados das IdF’s públicas e privadas). Em 2016 o orçamento atribuído a nível nacional para nomeações cobre somente 25% das	42.1. Preparar um documento orientador com: a) problematização da cobertura dos RHS; b) espaço fiscal necessário e alocado; c) dependência e expectativas de parceiros; d) necessidade de evolução do orçamento no médio prazo; e) cenários (pros e contras). Coordenar com a DPC para a partilha deste documento orientador com o MISAU e posteriormente com o MEF.								DRH	Não
		42.2. Partilhar e ter o aval do Conselho Consultivo do Ministro da Saúde.								DRH	Não

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e <i>Participantes</i>	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022- 2025		
suportada pelo Orçamento do Estado	necessidades, o que causa um acúmulo de profissionais contratados com salários suportados por fundos de parceiros.	42.3. Realizar discussões sucessivas e insistentes com o MEF.								DRH	Não

Objectivo Específico 4.2: Garantir o uso de informação de RH pelos gestores do Sector de Saúde para a tomada de decisões

As tabelas que se seguem apresentam respectivamente os indicadores de output (e metas) deste Objectivo Específico e as Iniciativas Estratégicas a implementar.

Tabela 51 – Objectivo Específico 4.2: Indicadores de *Output*

Objectivos Específicos	Indicadores de Output	2015 (<i>Baseline</i>)	Meta	
			2020	2025
Garantir o uso de informação de RH pelos gestores do Sector de Saúde para a tomada de decisões	E-SIP Saúde integrado ao SIS-MA	Não	Sim	Sim
	Sistema Nacional de Gestão de Recursos Humanos do Estado (SNGRHE) implementado no Sector da Saúde	Não	Não	Sim

Tabela 52 – Objectivo Específico 4.2: Plano de Iniciativas Estratégicas

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma							Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025		
43. Desenvolvimento do Observatório de RHS para apoiar a formulação e monitoria de implementação de políticas.	Esta iniciativa visa a fortalecer e manter o desenvolvimento do Observatório de Recursos Humanos de Moçambique no apoio a formulação e monitoria de implementação das políticas aos níveis descentralizados do sector saúde. Pretende-se reforçar a capacidade dos tomadores de decisão provinciais e distritais no uso da informação estratégica produzida para colocar o pessoal com competências nos locais que necessitam, no âmbito da implementação dos planos estratégicos dos vários programas e do plano estratégico do sector saúde em geral. Esta iniciativa é também importante para a existência e utilização de mecanismos de uso dos dados / informação / evidências sobre RHS para tomada de decisão e diálogo político.	43.1. Expandir a equipa do secretariado do Observatório recrutando técnicos estatísticos, um oficial de comunicação, um gestor de RH com competência em gestão estratégica de RHS.								DRH	Sim
		43.2. Produzir informação estratégica cruzando dados programáticos de prestação de serviços, perfis epidemiológicos e recursos humanos por cada província e distritos.								Observatório de RHS	Sim (nos primeiros 3 anos)
		43.3. Disseminar informação estratégica produzida nos fóruns oficiais de tomada de decisão aos níveis centrais, provinciais e distritais.								Observatório de RHS	Sim (nos primeiros 3 anos)
		43.4. Capacitar os tomadores de decisão provinciais e distritais no uso da informação estratégica produzida.								DRH	Sim (nos primeiros 3 anos)
44. Consolidação do uso e gestão dos SI-RHS (eSIP-Saúde).	A DRH tem vindo a desenvolver diversos sistemas para apoiar a gestão e formação de RHS. Actualmente, já estão desenvolvidos sistemas de informação para apoiar a Formação contínua (SIFo); a Formação Inicial (SIFIn), efectivo (eCAF extensão para saúde) e diversas planilhas excel. Pretende-se consolidar o uso destes sistemas e integração entre eles. Evoluindo no ciclo de maturidade da gestão de informação, é importante que nos próximos anos assegure-se o uso dos sistemas de informação existentes para os processos de tomada de decisão na base de evidência produzida pelos sistemas de informação.	44.1. Desenvolver módulos de integração entre os sistemas SIFo, SIFIn, eCAF no eSIP-Saúde incluindo mecanismo de monitoria dos estudantes até a respectiva colocação.								DRH	Sim
		44.2. Garantir a instalação do SIFIn em todas IdF existentes.								DRH DPDC	Não
		44.3. Garantir o uso do SIFIn como fonte principal e oficial na formação inicial pela DRH e IdFs (produção das actas, registo de notas, informação estatística dos inscritos, graduados, docentes, turmas, entre outros)								DRH	Não
		44.4. Garantir o uso do SIFo como fonte principal e oficial na gestão da formação contínua pela DRH e pelos programas e parceiros (incluindo o reforço e capacitação na implementação dos processos e procedimentos da actualização da informação).								DRH	Não
		44.5. Garantir a alimentação de dados, com qualidade, no SIFIn, SIFo, eCAF.								DRH	Não
		44.6. Monitorar a qualidade de dados no SIFIn, SIFo e eCAF.								DRH DPG	Não

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma						Responsável e Participantes	Requer AT?
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022-2025	
		44.7. Desenvolver e implementar soluções digitais para apoiar a formação inicial e contínua e a gestão e administração do pessoal (biblioteca digital, moodle*, conteúdos multimédia, envio de sms).							DRH	Sim
		44.8. Implementar mecanismos de colecta de informação das instituições de formação do sector privado.							DRH <i>DPDC</i>	Sim
		44.9. Criar mecanismos para dar subsídios sobre as competências adquiridas (SIFo) para o processo de evolução e movimentação do pessoal de saúde.							DRH	Sim
		44.10. Desenvolver ferramentas para apoiar e monitorar os processos/sistemas de gestão (quadro tipo, quadro pessoal, plano de colocação e alocação, plano de formação, PNDRH).							DRH	Sim
45. Desenvolvimento do Sistema Nacional de Gestão de Recursos Humanos do Estado (SNGRHE) e garantir a sua implementação no MISAU.	O MAEFP em conjunto com o MEF e outras instituições públicas (incluindo a Saúde) estão a desenvolver o SNGRHE. É importante o envolvimento do MISAU (como um dos maiores “empregadores dentro do Estado”), no desenvolvimento deste Sistema com vista a apoiar os processos de gestão e administração dos funcionários e agentes do Estado (promoção, progressão, nomeações), com impacto na melhoria do processo de gestão e administração do FAE e na sua motivação.	45.1. Apoiar o desenvolvimento e a implementação do ciclo de vida dos FAE no SNGRHE (inclui o desenvolvimento dos módulos 1 a 6, formação, disseminação e uso).							MAEFP <i>MISAU-DRH</i>	Sim
		45.2. Desenvolver mecanismos automatizados para monitorar e fiscalizar o processo de pagamento de salário a nível nacional (PROSAUDE e OE).							DAF <i>DRH</i>	Sim
46. Desenvolvimento da integração dos SI-RHS (eSIP-Saúde) com o SIS (SIS-MA).	Integração dos SI-RHS com SIS de forma a garantir a análise de produtividade dos RHS. Objectivo: medir a produtividade dos profissionais de saúde e assegurar uma melhor alocação dos RHS (os objectivos poderão ser alargados após definição dos Termos de Referência). Impacto: influenciar políticas que permitam equilibrar os RH (reduzir a disparidade) e melhorar dos níveis de produtividade dos profissionais de saúde.	46.1. Definir o Modelo conceptual (documento estratégico com arquitectura unificada) para integração dos SI-RHS.							DRH <i>DPC</i>	Sim
		46.2. Integrar os SI-RHS com o SIS-MA.							DRH <i>DPC</i>	Sim
		46.3. Elaborar e disseminar os Relatórios Analíticos da produtividade bianual de RHS.							DRH <i>DPC</i>	Sim (nos primeiros 2 anos)
47. Desenvolvimento de mecanismo para captação da	Actualmente, o eSIP-Saúde capta informação dos funcionários, Agentes do Estado e colaboradores (contratados sem VTA).	47.1. Garantir a implementação da lei 26/92 que obriga Medicina privada a reportar ao MISAU (Maputo cidade)							DRH <i>DNAM e IGS</i>	Sim

Iniciativa Estratégica	Breve Descrição	Planeamento da IE	Cronograma						Responsável e Participantes	Requer AT?	
			2016	2017	2018	2019	2020	2021			2022-2025
informação de força de trabalho do Sistema Nacional de Saúde.	Pretende-se colher dados de agentes comunitários e pessoal do sector privado. Objectivo: conhecer a força de trabalho do Sistema Nacional da Saúde (sector público, incluindo agentes comunitários e do sector privado). Impacto: dar subsídios a planificação da força de trabalho do Sistema Nacional de Saúde.	47.2. Implementar a nível nacional.								DRH	Sim
		47.3. Incluir os APE's e outros agentes comunitários no cadastro de colaboradores (eSIP-Saúde).								DRH DNSP	Sim
		47.4. Elaborar o Relatório da Força de Trabalho no Sistema Nacional de Saúde.								DRH	Sim
48. Aumento de sustentabilidade humana para o uso e gestão dos SI-RHS.	A DRH tem desenvolvido vários sistemas para apoiar a gestão de RHS e identificou-se a necessidade de empoderar e apropriar os gestores de RH na gestão destes sistemas e no uso informação produzida. Objectivo: garantir a sustentabilidade do uso e gestão da informação de RHS. Impacto: maximizar o uso da informação para a tomada de decisão.	48.1. Sensibilizar e capacitar os gestores de RH e dos programas para o uso de informação para tomada de decisão.								DRH	Sim
		48.2. Garantir a qualidade dos dados dos sistemas de informação, com base do uso da informação.								DRH	Não
		48.3. Garantir a monitoria, supervisão e apoio técnico para a gestão e uso da informação produzida pelos SI-RHS.								DRH	Sim
		48.4. Criar um comité técnico nacional para gestão, uso, disseminação e monitoria do SI-RHS e da informação produzida.								DRH	Não

7 PROJECCÕES DE RHS E DE FORMAÇÃO

Este Capítulo encontra-se estruturado em **seis** secções:

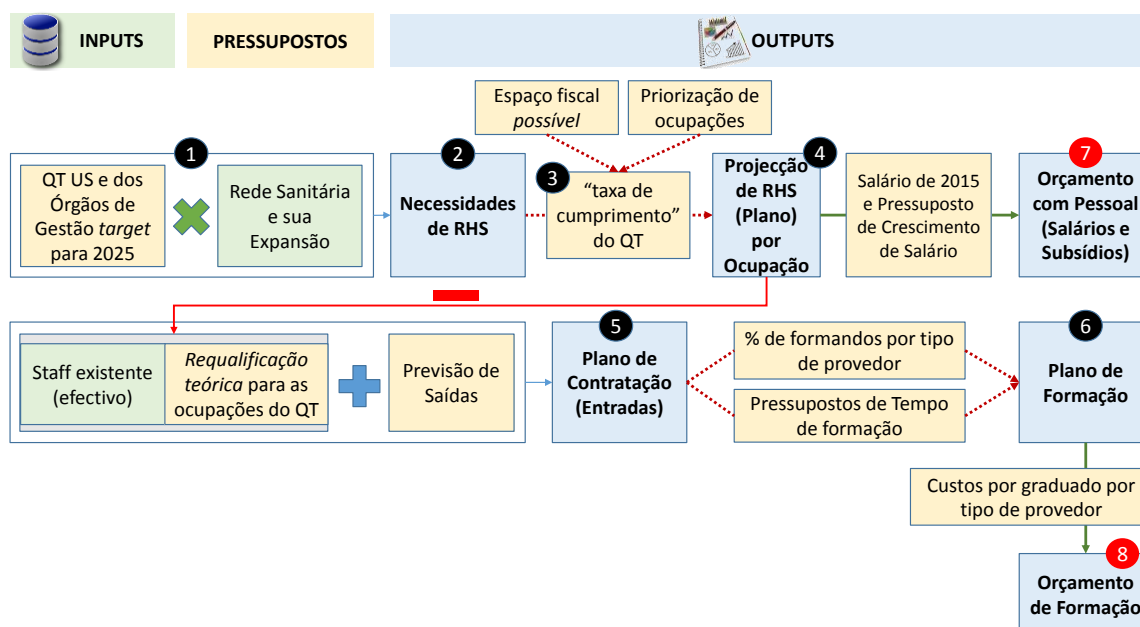
- A primeira Secção (7.1) apresenta uma breve **explicação do modelo** utilizado e dos passos seguidos para a projecção de RHS e de Formação bem como as suas limitações. Trata-se apenas uma *explicação* do modelo e dos passos e não um detalhe dos pressupostos e dos resultados da projecção;
- A segunda Secção (7.2) apresenta os principais pressupostos utilizados para a projecção de RHS, especialmente: (i) o reconhecimento do crescimento da população, (ii) as projecção da rede sanitária e (iii) os quadros tipo de referência utilizados;
- A terceira Secção (7.3) apresenta as projecções de técnicos de saúde em detalhe, utilizando a competência (áreas ocupacionais e ocupações) como *driver* chave de projecção, mas também por nível de atenção e nível académico. Esta secção apresenta também as projecções para especialistas nacionais e estrangeiros e os rácios resultantes de técnicos de saúde entre 2016 e 2025;
- A quarta Secção (7.4) apresenta as projecções de técnicos de saúde por Província que possam resultar na redução das iniquidades nos rácios entre províncias;
- A quinta Secção (0) apresenta as projecções de profissionais de suporte;
- A sexta e última Secção (7.6) apresenta o plano de formação em termos dos graduados necessários por ano nos principais níveis académicos (especialistas, médicos e médicos dentistas e técnicos de saúde de nível médio) e também por ocupação dentro destes níveis.

Seguindo esta estrutura, a Secção seguinte apresenta o modelo de projecção de RHS e de formação bem como as suas limitações.

7.1 MODELO DE PROJECCÃO DE RHS E DE FORMAÇÃO E SUAS LIMITAÇÕES

Esta secção apresenta uma breve explicação do modelo seguido para a projecção de RHS e de Formação, cuja ilustração visual apresenta-se na figura que se segue.

Figura 11 – Modelo de Projecção de RHS e de Formação



Os passos 1 a 8 ilustrados acima e seguidos para a projecção de RHS e de Formação são explicados de seguida.

Com relação ao número de profissionais a ter

1. Pressupostos e limitações

A projecção de RHS considerou dois pressupostos chave:

- g) a **rede sanitária** no final de 2015 e a respectiva projecção de expansão entre 2016 e 2025. No âmbito da utilização deste pressuposto, manteve-se a visão de existência de pelo menos um Hospital Distrital em cada Distrito até 2025;
- h) **quadros tipos** de referência por tipo de Unidade Sanitária desenvolvidos durante o processo de elaboração deste PNDRHS a partir de consultas feitas a nível central, provincial e distrital e discussões sucessivas com a DRH. Estes seriam os quadros tipo a alcançar até ao ano de 2025⁴⁸.

As Secções 7.2.2 e 7.2.3 deste Capítulo apresentam os pressupostos assumidos nestas duas variáveis. Existem, no entanto, limitações associadas a estes pressupostos, que é importante reconhecer por forma a serem endereçadas no processo de implementação do PNDRHS:

- a) a concretização da projecção da rede sanitária depende essencialmente da disponibilidade de recursos financeiros e priorização das mesmas no investimento público nos próximos 10 anos. Por outro lado, para efeitos de projecção, não havendo um cadastro completo e actualizado por US considerou-se teoricamente que dentro dos subtipos (CSRT1, CSRT2, CSU, etc) elas são *iguais em termos de necessidade de RHS* – um pressuposto que na prática poderá não validar (ex: dentro do mesmo tipo, algumas US poderão ter consultórios para 1, 2 ou 3 enfermeiros ou ESMI; dentro do mesmo tipo, algumas US poderão ter mais ou menos equipamento de laboratório);
- b) os quadros tipo de referência utilizados não são documentos oficiais ou formais do Sector e poderão (deverão) ser revistos. Estes quadros tipo são também *médios* por tipo de US – ou seja – não reflectem as condições *particulares* de cada Unidade Sanitária, como por exemplo a carga de trabalho. Aliás, a primeira iniciativa estratégica deste PNDRHS é precisamente a formalização de quadros tipo por tipo de US juntamente com uma metodologia para sua aplicação em função da carga/pressão de trabalho (WISN “Work Load Indicator Staffing Needs”).

2. Necessidades. A simples multiplicação no número de US (por tipo) pelo quadro tipo (RHS por tipo de US) resulta em necessidades. Estas são, obviamente, muito acima do efectivo actual e do efectivo realista nos próximos 10 anos, tendo em consideração várias limitações – sendo as principais: a) as restrições de espaço fiscal para absorção de RHS, e b) a capacidade de formação em volume e **com qualidade**.

3. Priorização de ocupações. Face ao facto de que as necessidades estão bastante acima da capacidade, foi realizada uma priorização das ocupações; ou seja, foram definidas taxas de crescimento mais aceleradas para algumas ocupações e menos aceleradas para outras com base em pelo menos seis critérios utilizados de forma sistémica:

- a) o crescimento da população (apresentado na Secção 7.2.1);
- b) os 7 objectivos estratégicos e as prioridades de saúde definidas no PESS 2014-2019 (ex.: redução da malnutrição que significa a necessidade de aumentar significativamente o número de técnicos e nutrição no nível primário de atenção);
- c) o espaço fiscal de acordo com o cenário orçamental escolhido. Este cenário está detalhado na Secção 9.1.3;
- d) a necessidade de melhorar a proporção dos técnicos de saúde no total de RHS (*vis-a-vis* profissionais de suporte);
- e) a capacidade formativa assegurando a qualidade necessária;

⁴⁸ A definição destes quadro tipo de referência significaram a definição de um conjunto de “ocupações target” por tipo de US e uma “limpeza das ocupações actuais”. Ou seja, várias ocupações actualmente existentes na base de dados do efectivo de RHS não transitaram para o quadro tipo.

f) a priorização de ocupações com maior gap entre o efectivo actual e as necessidades.

4. Plano. A priorização das ocupações resulta então nas projecções de RHS, ou seja o “plano” propriamente dito – que constitui a meta de # de técnicos de saúde e # de profissionais de suporte a ter no efectivo no final de cada ano, por ocupação e por Província.

5. Plano de contratações. O número de profissionais a contratar por ocupação resulta do gap entre a meta de profissionais a ter no ano n e o efectivo no ano $n-1$. É importante ressaltar foi considerado, para além do crescimento do efectivo, as contratações devem repor também saídas naturais entre um ano e outro. O pressuposto utilizado para as saídas é explicado na Secção 7.2.4.

6. Plano de formação. O plano de formação abrange apenas técnicos de saúde. O número de contratações (novamente – por ocupação) no ano n determina o número de técnicos a graduar no ano $n-1$. O plano de formação integrado neste PNDRHS está dividido por nível:

- a) **Especialização médica** – face ao número de especialistas moçambicanos a graduar, em tendo em consideração o critério de capacidade formativa em Moçambique, o plano de formação especifica o número de especialistas a formar em Moçambique e o número a formar no estrangeiro.
- b) **Médicos e médicos dentistas** – o plano de formação assume a continuação da experiência actual; ou seja, a totalidade irá provir de Instituições de Ensino Superior públicas e privadas.
- c) **Técnicos de saúde de nível médio** – a partir do ano de 2017 prevê-se a selecção por concurso em iguais condições entre as IdF do MISAU e as do Sector Privado. Existindo a probabilidade de que uma percentagem (não se pode antecipar qual) dos novos ingressos ao Sector provirem de IdF privadas, o plano de formação assume que uma percentagem de contratados serão graduados pelas IdF do MISAU e outra parte por IdF privadas.

Com relação ao orçamento

7. Orçamento de Despesas com o Pessoal. As despesas com o pessoal assumem pressupostos específicos de salário por ocupação (detalhados na secção 9.1.4) com base no plano (#4), ou seja, efectivo a ter por ano, por ocupação.

8. Orçamento de Formação. Os custos de formação têm em consideração o número de pessoas a contratar (#5) e o plano de formação (#6).

7.2 PRESSUPOSTOS E LIMITAÇÕES PARA A PROECÇÃO DE RHS

7.2.1 Projecção de crescimento da população

De acordo com as projecções do Instituto Nacional de Estatística (INE), a população moçambicana vai crescer 29% no período 2016-2025.

A distribuição mulher / homem irá manter-se em 52% / 48%. As projecções indicam ainda que as zonas rurais continuarão a ter maior peso populacional ainda que com redução ligeira nos próximos 10 anos: em 2015, 68% da população vive em zonas rurais; esta percentagem passará a 65% em 2025.

A tabela seguinte mostra a projecção da população por género bem como em termos de distribuição por zona rural e urbana.

Tabela 53 – Projecções de crescimento da população

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
População em Moçambique	25.727.911	26.423.623	27.128.530	27.843.933	28.571.310	29.310.474	30.061.139	30.822.552	31.593.882	32.374.779	33.164.996
Mulheres	13.308.897	13.663.299	14.022.083	14.385.855	14.755.328	15.130.429	15.511.039	15.896.797	16.287.317	16.682.441	17.082.058
Homens	12.419.014	12.760.324	13.106.447	13.458.078	13.815.982	14.180.045	14.550.100	14.925.755	15.306.565	15.692.338	16.082.938
% de Mulheres	52%	52%	52%	52%	52%	52%	52%	52%	52%	52%	52%
% de Homens	48%	48%	48%	48%	48%	48%	48%	48%	48%	48%	48%
Taxa de crescimento anual		2,7%	2,7%	2,6%	2,6%	2,6%	2,6%	2,5%	2,5%	2,5%	2,4%
Mulheres de 15-49 anos e crianças de 0-5 anos	10.671.268	10.934.524	11.195.170	11.457.436	11.725.677	12.000.118	12.278.438	12.552.153	12.830.343	13.115.408	13.407.177
Distribuição rural/urbana											
Rural	17.546.436	17.954.824	18.361.753	18.767.536	19.172.684	19.577.231	19.981.098	20.383.790	20.784.151	21.181.466	21.575.707
Urbana	8.181.475	8.468.799	8.766.777	9.076.397	9.398.626	9.733.243	10.080.041	10.438.762	10.809.731	11.193.313	11.589.289
% da população em zonas rurais	68%	68%	68%	67%	67%	67%	66%	66%	66%	65%	65%
% da população em zonas urbanas	32%	32%	32%	33%	33%	33%	34%	34%	34%	35%	35%

(Fonte: INE)

7.2.2 Rede sanitária e sua expansão

No final de 2015, existiam no País 1.537 Unidades Sanitárias, das quais 97% no nível primário de atenção. Em particular, 77% das US do País eram Centros de Saúde Rurais do Tipo 2. A tabela seguinte apresenta as US existentes no final de 2015 por nível de atenção, tipo e província.

Tabela 54 – Rede Sanitária no final de 2015 por nível de atenção, tipo e província⁴⁹

Província	Nível Primário			Nível Secundário		Nível Terciário		Nível Quaternário		
	CSR T2	CSR T1	CSU	HD	HG	HP	HM	HC	HCM	HPSQ
Niassa	143	12	10	2		1				
Cabo Delgado	86	16	11	4		1				
Nampula	143	46	16	7	1		1	1		
Zambézia	194	11	25	7		1				
Tete	95	14	7	4		1				
Manica	97	5	7	4		1				
Sofala	126	8	12	5				1		
Inhambane	97	12	16	4		1				
Gaza	108	13	9	4		1				
Maputo Prov.	88	6	12	2	1	1				
Maputo Cidade	5	2	23		3		1		1	1
Total	1.182	145	148	43	5	8	2	2	1	1

CSRT2 – Centro de Saúde Rural Tipo 2; CSRT1 – Centro de Saúde Rural Tipo 1; CSU – Centro de Saúde Urbano; HD – Hospital Distrital; HG – Hospital Geral; HP – Hospital Provincial; HM – Hospital Militar; HC – Hospital Central (com excepção do HCM); HPSQ – Hospital Psiquiátrico (Fonte: MISAU – Base de dados do SIS-MA)

As projecções de RHS e de Formação apresentadas nas Secções seguintes tiveram como pressuposto o crescimento da rede sanitária. Assume-se que a rede sanitária nacional irá expandir em 25% no período 2015-2025, equivalente a uma taxa média anual de 2,3%. No mesmo período, as projecções assumem um crescimento de 18% nas US do nível primário de atenção de acordo com os números que se apresentam de seguida:

Tabela 55 – Pressupostos de crescimento da Rede Sanitária (por tipo, por ano)

Ano	CSR T2	CSR T1	CSU	HD	HG	HP	HM	HC	HCM	HPSQ	Total	Taxa de crescimento
2015	1.182	145	148	43	5	8	2	2	1	1	1.537	
2016	1.197	146	154	52	6	8	2	3	1	1	1.570	2,1%
2017	1.223	146	161	66	7	9	2	3	1	1	1.619	3,1%
2018	1.250	147	169	74	7	9	2	3	1	1	1.663	2,7%
2019	1.278	147	173	86	7	9	2	3	1	1	1.707	2,6%
2020	1.303	147	173	91	7	9	2	3	1	1	1.737	1,8%
2021	1.326	147	173	101	7	9	2	3	1	1	1.770	1,9%
2022	1.349	147	173	114	7	9	2	3	1	1	1.806	2,0%
2023	1.372	147	173	137	7	9	2	3	1	1	1.852	2,5%
2024	1.395	147	173	152	7	9	2	3	1	1	1.890	2,1%
2025	1.416	147	174	168	7	9	2	3	1	1	1.928	2,0%

CSRT2 – Centro de Saúde Rural Tipo 2; CSRT1 – Centro de Saúde Rural Tipo 1; CSU – Centro de Saúde Urbano; HD – Hospital Distrital; HG – Hospital Geral; HP – Hospital Provincial; HM – Hospital Militar; HC – Hospital Central (com excepção do HCM); HPSQ – Hospital Psiquiátrico (Fonte: MISAU – conjugação de informação da Base de dados do SIS-MA e do Plano de Expansão da Rede Sanitária)

⁴⁹ Para efeitos deste PNRHS e projecções de RHS, assumiu-se que os Postos de Saúde são Centros de Saúde Rural do Tipo 2 e os Hospitais Rurais são Hospitais Distritais, dado que esta transição está já a ocorrer.

7.2.3 Quadro Tipo de Referência para Projectão de RHS

Esta Secção apresenta os Quadros Tipos de Referência (QT) de para cada nível de atenção de saúde e para os órgãos de Gestão e IdF. Juntamente com a projecção da rede sanitária, os **QT** constituem pressuposto chave das projecções de RHS e foram estabilizados apenas para este propósito.

Estes QT foram desenhados no processo de elaboração deste PNDRHS após consultas no nível central, provincial e distrital: DNAM; DNSP; DPS Sofala e SDSMAS, DPS Tete e SDSMAS; DPS de Inhambane e SDMAS. Estes QT tiveram ainda em consideração as prioridades de saúde e os vários Programas em curso. Não obstante, o QT definitivo a utilizar no Sector deverá ainda ser alvo de discussão e constitui Iniciativa Estratégica #1 deste PNDRHS.

Como se pode observar na tabela seguinte, os QT das US preveem uma proporção maior de técnicos de saúde nas US *vis-a-vis* profissionais de suporte, variando de 62% no HCM a 77% nos Centros de Saúde Rural Tipo 2.

Tabela 56 – Resumo de número de RHS previstos nos QT por tipo de US

Nível de atenção	Tipo de US	Técnicos de Saúde	Profissionais de Suporte	Total	% de Técnicos de Saúde
Nível Primário	Centro de Saúde Rural Tipo 2	10	3	13	77%
	Centro de Saúde Rural Tipo 1	57	27	84	68%
	Centro de Saúde Urbano	46	19	65	71%
Nível Secundário	Hospital Distrital	149	60	209	71%
	Hospital Geral	300	135	435	69%
Nível Terciário	Hospital Provincial	380	155	535	71%
Nível Quaternário	Hospital Central	1.132	640	1.772	64%
	Hospital Central de Maputo	1.994	1.232	3.226	62%
	Hospital Psiquiátrico ⁵⁰	110	127	237	46%
Órgãos de Gestão e de Formação	SDSMAS	28	49	77	36%
	DPS	85	147	232	37%
	Órgão Central ⁵¹	387	1021	1408	27%
	Institutos de formação	98	68	166	59%

(Fonte: MISAU – Resultante das consultas e discussões com DNAM, DNSP, DRH bem com DPS e SDS de Inhambane, Sofala e Tete)

⁵⁰ O QT para o Hospital Psiquiátrico resulta em grande medida do actual efectivo (reportado pela base de dados do efectivo no final de 2015) e não foi alvo de discussão aprofundada.

⁵¹ O QT dos SDSMAS e DPS resultam essencialmente de uma *média* do cenário actual. O mesmo para o Órgão Central. Não foram, portanto, alvo de discussão aprofundada – aliás, tal discussão deve ser precedida do exercício de Análise Funcional, já previsto no PESS 2014-2019.

A tabela seguinte apresenta os Quadros Tipo para as US do nível primário.

Tabela 57 – Quadro Tipo de US do nível primário

Ref.	Ocupação	Nível académico	Centro de Saúde Rural Tipo 2	Centro de Saúde Rural Tipo 1	CS Urbano
Técnicos de Saúde			10	57	46
44	Médico especialista em Medicina Familiar e Comunitária	Superior ME			1
43	Médico de Clínica Geral	Superior		2	3
45	Médico Dentista	Superior			1
55	Enfermeiro A	Superior		1	1
57	Enfermeiro Pediatria A	Superior		1	1
63	Nutricionista A	Superior			1
64	Psicólogo Clínico A	Superior			1
65	Enfermeiro Geral	Médio	1	16	4
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	Médio	2	12	8
67	Técnico de Medicina	Médio	2	5	5
68	Técnico de Medicina Preventiva	Médio	1	3	3
69	Técnico de Farmácia	Médio	1	4	3
70	Técnico de Laboratório C	Médio	1	5	5
74	Técnico de Nutrição	Médio	1	2	2
76	Técnico de Odontostomatologia	Médio	1	2	2
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	Médio		1	2
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	Médio		1	
79	Técnico de Oftalmologia	Médio		1	1
85	Técnico de estatística sanitária	Médio		1	1
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	Médio			1
Profissionais de Suporte			3	27	19
95	Técnico Administrativo C	Médio	1	2	2
97	Servente de Unidades Sanitárias	Elementar	2	14	10
98	Guarda	Elementar		2	3
99	Lavandeiro	Elementar		2	2
100	Condutor de Veículos de Serviço Público	Elementar		2	2
101	Cozinheiro	Elementar		3	
125	Copeiro	Elementar		2	
Total			13	84	65

A tabela seguinte apresenta os Quadros Tipo para as US do nível secundário.

Tabela 58 – Quadro Tipo de US de nível secundário

Ref.	Ocupação	Nível académico	Hospitais Distritais	Hospitais Gerais
Técnicos de saúde			149	300
1	Médico Hospitalar – Anestesiologia e Reanimação	Superior ME		1
2	Médico Hospitalar – Cirurgião	Superior ME	1	5
4	Médico Hospitalar – Dermatologista	Superior ME		1
5	Médico Hospitalar – Ginecologista	Superior ME	1	3
6	Médico Hospitalar – Imagiologia	Superior ME		1
7	Médico Hospitalar – Internista	Superior ME		2
11	Médico Hospitalar – Oftalmologista	Superior ME		1
12	Médico Hospitalar – Ortopedista	Superior ME		2
13	Médico Hospitalar – Otorrino	Superior ME		1
14	Médico Hospitalar – Patologista	Superior ME		1
15	Médico Hospitalar – Pediatria	Superior ME		2
16	Médico Hospitalar – Psiquiatra	Superior ME		1
17	Médico Hospitalar – Urologista	Superior ME		1
18	Médico Hospitalar – Neonatologista	Superior ME		1
25	Médico Hospitalar – Neurocirurgião	Superior ME		1
42	Fisioterapeuta A	Superior		2
43	Médico de Clínica Geral	Superior	8	20
45	Médico Dentista	Superior	1	2
55	Enfermeiro A	Superior	4	6
56	Enfermeira de Saúde Materna A	Superior	4	4
57	Enfermeiro Pediatria A	Superior	2	2
58	Farmacêutico A	Superior	1	1
59	Técnico de Laboratório A	Superior	1	2
61	Técnico de cirurgia A	Superior	2	5
62	Técnico de administração hospitalar A	Superior	1	1
63	Nutricionista A	Superior	1	1
64	Psicólogo Clínico A	Superior	1	2
91	Técnico de Radiologia A	Superior		1
128	Técnico de Optometria A	Superior		1
40	Técnico de Otorrinolaringologia	Médio	2	2
41	Técnico de prótese – ortoprotesia	Médio	1	2
65	Enfermeiro Geral	Médio	42	100
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	Médio	20	45
67	Técnico de Medicina	Médio	5	0
68	Técnico de Medicina Preventiva	Médio	2	2
69	Técnico de Farmácia	Médio	9	12
70	Técnico de Laboratório C	Médio	12	15
71	Técnico de Anestesiologia	Médio	4	5
72	Técnico de Instrumentação	Médio	4	5
73	Técnico de Administração Hospitalar	Médio	2	10
74	Técnico de Nutrição	Médio	2	3
75	Técnico de Radiologia	Médio	4	6
76	Técnico de Odontoestomatologia	Médio	2	2
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	Médio	2	2
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	Médio	2	6
79	Técnico de Oftalmologia	Médio	2	2
80	Técnico de Tanatologia	Médio		2
85	Técnico de estatística sanitária	Médio	2	2
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	Médio	2	2

Ref.	Ocupação	Nível académico	Hospitais Distritais	Hospitais Gerais
127	Ópticos	Médio		1
Profissionais de Suporte			60	135
92	Biólogo A	Superior		1
114	Gestor de TICs A	Superior	1	1
94	Técnico Profissional em Administração Pública	Médio		6
95	Técnico Administrativo C	Médio	4	4
96	Técnico de Acção Social C	Médio	1	1
112	Técnico de Manutenção C	Médio		2
97	Servente de Unidades Sanitárias	Elementar	32	88
98	Guarda	Elementar	4	4
99	Lavandeiro	Elementar	4	6
100	Condutor de Veículos de Serviço Público	Elementar	4	8
101	Cozinheiro	Elementar	4	6
102	Jardineiro	Elementar	1	2
103	Costureiro	Elementar	1	2
125	Copeiro	Elementar	4	4
Total			209	435

A tabela seguinte apresenta os Quadros Tipo para as US do nível terciário.

Tabela 59 – Quadro Tipo de US de nível terciário

Ref.	Ocupação	Nível académico	Hospitais Provinciais
Técnicos de Saúde			380
1	Médico Hospitalar – Anestesiologia e Reanimação	Superior ME	4
2	Médico Hospitalar – Cirurgião	Superior ME	6
3	Médico Hospitalar – Cirurgião pediátrico	Superior ME	1
4	Médico Hospitalar – Dermatologista	Superior ME	1
5	Médico Hospitalar – Ginecologista	Superior ME	4
6	Médico Hospitalar – Imagiologia	Superior ME	1
7	Médico Hospitalar – Internista	Superior ME	3
8	Médico Hospitalar – Legista	Superior ME	1
9	Médico Hospitalar – Microbiologista	Superior ME	1
10	Médico Hospitalar – Neurologista	Superior ME	1
11	Médico Hospitalar – Oftalmologista	Superior ME	2
12	Médico Hospitalar – Ortopedista	Superior ME	2
13	Médico Hospitalar – Otorrino	Superior ME	2
14	Médico Hospitalar – Patologista	Superior ME	2
15	Médico Hospitalar – Pediatra	Superior ME	4
16	Médico Hospitalar – Psiquiatra	Superior ME	2
17	Médico Hospitalar – Urologista	Superior ME	2
18	Médico Hospitalar – Neonatologista	Superior ME	2
19	Médico Hospitalar – Estomatologista	Superior ME	1
21	Médico Hospitalar – Cardiologia	Superior ME	1
22	Médico Hospitalar – Gastroenterologia	Superior ME	1
25	Médico Hospitalar – Neurocirurgião	Superior ME	1
28	Médico Hospitalar – Pneumologista	Superior ME	1
29	Médico Hospitalar – Oncologista	Superior ME	1
30	Médico Hospitalar – Nefrologia	Superior ME	1
31	Médico Hospitalar – Endocrinologia	Superior ME	1
32	Médico Hospitalar – Doenças infecto-contagiosas	Superior ME	1
33	Médico Hospitalar – Geriatria	Superior ME	1
36	Médico Hospitalar – Cuidados Intensivos pediátricos	Superior ME	2
37	Médico Hospitalar – Cuidados Intensivos adultos	Superior ME	2
51	Médico Hospitalar – Infeciologia Pediátrica	Superior ME	1
88	Médico Hospitalar – logofoniatra	Superior ME	1
42	Fisioterapeuta A	Superior	3
43	Médico de Clínica Geral	Superior	20
45	Médico Dentista	Superior	3
55	Enfermeiro A	Superior	8
56	Enfermeira de Saúde Materna A	Superior	4
57	Enfermeiro Pediatra A	Superior	4
58	Farmacêutico A	Superior	4
59	Técnico de Laboratório A	Superior	2
60	Técnico de Instrumentação A	Superior	2
61	Técnico de cirurgia A	Superior	5
62	Técnico de administração hospitalar A	Superior	2
63	Nutricionista A	Superior	2
64	Psicólogo Clínico A	Superior	3
82	Técnico de ortoprotesia A	Superior	1
83	Técnico de prótese dentária A	Superior	1
84	Técnico de Anestesiologia A	Superior	2

Ref.	Ocupação	Nível académico	Hospitais Provinciais
90	Técnico de Radioterapia A	Superior	2
91	Técnico de Radiologia A	Superior	1
128	Técnico de Optometria A	Superior	2
40	Técnico de Otorrinolaringologia	Médio	3
41	Técnico de prótese – ortoprotesia	Médio	3
65	Enfermeiro Geral	Médio	100
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	Médio	45
68	Técnico de Medicina Preventiva	Médio	2
69	Técnico de Farmácia	Médio	15
70	Técnico de Laboratório C	Médio	25
71	Técnico de Anestesiologia	Médio	6
72	Técnico de Instrumentação	Médio	6
73	Técnico de Administração Hospitalar	Médio	10
74	Técnico de Nutrição	Médio	3
75	Técnico de Radiologia	Médio	6
76	Técnico de Odontoestomatologia	Médio	3
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	Médio	2
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	Médio	6
79	Técnico de Oftalmologia	Médio	4
80	Técnico de Tanatologia	Médio	4
81	Técnico de prótese – Prótese dentária	Médio	2
85	Técnico de estatística sanitária	Médio	2
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	Médio	2
126	Ortoptistas	Médio	1
127	Ópticos	Médio	2
Profissionais de Suporte			155
92	Biólogo A	Superior	2
93	Técnico superior de administração A	Superior	1
106	Jurista A	Superior	1
114	Gestor de TICs A	Superior	1
94	Técnico Profissional em Administração Pública	Médio	6
95	Técnico Administrativo C	Médio	4
96	Técnico de Acção Social C	Médio	1
112	Técnico de Manutenção C	Médio	2
97	Servente de Unidades Sanitárias	Elementar	100
98	Guarda	Elementar	4
99	Lavandeiro	Elementar	6
100	Condutor de Veículos de Serviço Público	Elementar	8
101	Cozinheiro	Elementar	8
102	Jardineiro	Elementar	2
103	Costureiro	Elementar	3
125	Copeiro	Elementar	6
Total			535

A tabela seguinte apresenta os Quadros Tipo para as US do nível quaternário.

Tabela 60 – Quadro Tipo de US de nível quaternário

Ref.	Ocupação	Nível académico	Hospitais Centrais	HCM	Hospital Psiquiátrico
Técnicos de Saúde			1.132	1.994	110
1	Médico Hospitalar – Anestesiologia e Reanimação	Superior ME	16	25	
2	Médico Hospitalar – Cirurgião	Superior ME	16	25	
3	Médico Hospitalar – Cirurgião pediátrico	Superior ME	2	4	
4	Médico Hospitalar – Dermatologista	Superior ME	5	7	
5	Médico Hospitalar – Ginecologista	Superior ME	14	20	
6	Médico Hospitalar – Imagiologia	Superior ME	6	8	
7	Médico Hospitalar – Internista	Superior ME	10	14	
8	Médico Hospitalar – Legista	Superior ME	2	4	
9	Médico Hospitalar – Microbiologista	Superior ME	3	5	
10	Médico Hospitalar – Neurologista	Superior ME	4	6	
11	Médico Hospitalar – Oftalmologista	Superior ME	4	10	
12	Médico Hospitalar – Ortopedista	Superior ME	12	16	
13	Médico Hospitalar – Otorrino	Superior ME	8	12	
14	Médico Hospitalar – Patologista	Superior ME	4	8	
15	Médico Hospitalar – Pediatria	Superior ME	14	20	
16	Médico Hospitalar – Psiquiatra	Superior ME	2	2	10
17	Médico Hospitalar – Urologista	Superior ME	4	8	
18	Médico Hospitalar – Neonatologista	Superior ME	4	6	
19	Médico Hospitalar – Estomatologista	Superior ME	2	4	
20	Médico Hospitalar – Hematologista	Superior ME	4	6	
21	Médico Hospitalar – Cardiologia	Superior ME	5	10	
22	Médico Hospitalar – Gastroenterologia	Superior ME	5	10	
23	Médico Hospitalar – Cirurgião plástico	Superior ME	3	6	
24	Médico Hospitalar – Cirurgião Torácico	Superior ME	2	4	
25	Médico Hospitalar – Neurocirurgião	Superior ME	3	6	
26	Médico Hospitalar – Cirurgião Maxilo facial	Superior ME	4	8	
27	Médico Hospitalar – Análise Clínicas	Superior ME	4	6	
28	Médico Hospitalar – Pneumologista	Superior ME	2	4	
29	Médico Hospitalar – Oncologista	Superior ME	4	6	
30	Médico Hospitalar – Nefrologia	Superior ME	2	4	
31	Médico Hospitalar – Endocrinologia	Superior ME	6	8	
32	Médico Hospitalar – Doenças infecto-contagiosas	Superior ME	2	4	
33	Médico Hospitalar – Geriatria	Superior ME	2	4	
34	Médico Hospitalar – Cirurgia vascular	Superior ME	3	6	
35	Médico Hospitalar – Cirurgia cardíaca	Superior ME		4	
36	Médico Hospitalar – Cuidados Intensivos pediátricos	Superior ME	2	4	
37	Médico Hospitalar – Cuidados Intensivos adultos	Superior ME	2	4	
38	Médico Hospitalar – Ortoprotésista	Superior ME	2	3	
39	Médico Hospitalar – Fisioterapia	Superior ME	2	3	
46	Médico Hospitalar – Neurologia Pediátrica	Superior ME	2	3	
47	Médico Hospitalar – Hematologia Pediátrica	Superior ME	2	3	
48	Médico Hospitalar – Nefrologia Pediátrica	Superior ME	2	3	
49	Médico Hospitalar – Pneumologia Pediátrica	Superior ME	2	3	
50	Médico Hospitalar – Cardiologia Pediátrica	Superior ME	2	3	
51	Médico Hospitalar – Infecologia Pediátrica	Superior ME	2	3	
52	Médico Hospitalar – Gastroenterologia Pediátrica	Superior ME	3	6	
53	Médico Hospitalar – Alergologia Pediátrica	Superior ME	3	6	
54	Médico Hospitalar – Genética pediátrica	Superior ME	2	3	
86	Médico Hospitalar – acupuntura	Superior ME	1	1	

Ref.	Ocupação	Nível académico	Hospitais Centrais	HCM	Hospital Psiquiátrico
87	Médico de Saúde Pública	Superior ME		1	
88	Médico Hospitalar – logofoniatra	Superior ME	1	1	
42	Fisioterapeuta A	Superior	3	5	2
43	Médico de Clínica Geral	Superior	10	10	4
45	Médico Dentista	Superior	8	12	
55	Enfermeiro A	Superior	30	60	1
56	Enfermeira de Saúde Materna A	Superior	4	4	
57	Enfermeiro Pediatra A	Superior	30	41	
58	Farmacêutico A	Superior	15	20	5
59	Técnico de Laboratório A	Superior	16	16	
60	Técnico de Instrumentação A	Superior	20	28	
62	Técnico de administração hospitalar A	Superior	18	24	1
63	Nutricionista A	Superior	8	10	
64	Psicólogo Clínico A	Superior	15	20	5
82	Técnico de ortoprotesia A	Superior	1	2	
83	Técnico de prótese dentária A	Superior	2	4	
84	Técnico de Anestesiologia A	Superior	15	20	
90	Técnico de Radioterapia A	Superior	4	4	
91	Técnico de Radiologia A	Superior	14	28	
128	Técnico de Optometria A	Superior	4	6	
41	Técnico de prótese – ortoprotesia	Médio	2	4	
65	Enfermeiro Geral	Médio	500	1.000	47
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	Médio	90	160	5
67	Técnico de Medicina	Médio			3
68	Técnico de Medicina Preventiva	Médio			1
69	Técnico de Farmácia	Médio	15	40	7
70	Técnico de Laboratório C	Médio	26	36	2
71	Técnico de Anestesiologia	Médio			1
73	Técnico de Administração Hospitalar	Médio	18	20	
74	Técnico de Nutrição	Médio			1
75	Técnico de Radiologia	Médio	4	4	3
76	Técnico de Odontostomatologia	Médio	4	6	
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	Médio			9
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	Médio	20	30	2
79	Técnico de Oftalmologia	Médio	10	10	
81	Técnico de prótese – Prótese dentária	Médio	2	4	
85	Técnico de estatística sanitária	Médio	5	5	1
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	Médio	2	3	
126	Ortoptistas	Médio	2	4	
127	Ópticos	Médio	2	4	
Profissionais de Suporte			640	1.232	127
92	Biólogo A	Superior	12	20	
93	Técnico superior de administração A	Superior	2	3	
106	Jurista A	Superior	2	3	
114	Gestor de TICs A	Superior	4	4	
94	Técnico Profissional em Administração Pública	Médio	7	13	12
95	Técnico Administrativo C	Médio			21
96	Técnico de Acção Social C	Médio	3	4	3
111	Contabilista C	Médio	2	2	
112	Técnico de Manutenção C	Médio	4	4	1
119	Documentalista C	Médio	4	4	
97	Servente de Unidades Sanitárias	Elementar	500	1.000	78
98	Guarda	Elementar	20	60	2

Ref.	Ocupação	Nível académico	Hospitais Centrais	HCM	Hospital Psiquiátrico
99	Lavandeiro	Elementar	8	15	
100	Condutor de Veículos de Serviço Público	Elementar	12	24	6
101	Cozinheiro	Elementar	15	15	2
102	Jardineiro	Elementar	8	12	
103	Costureiro	Elementar	5	7	1
110	Canalizador	Elementar	2	2	1
125	Copeiro	Elementar	30	40	
Total			1.772	3.226	237

7.2.4 Outros pressupostos relevantes

Saídas ou Perdas. Assumiu-se um pressuposto genérico de 2,5% de saídas. Ou seja, com excepção dos Médicos Especialistas Nacionais e Estrangeiros (para os quais existe um tratamento específico), para todas as restantes ocupações, assumiu-se que no ano n , 2,5% dos profissionais existentes no final do ano $n-1$ irão sair do Sistema. Este pressuposto é depois tido em consideração nas contratações para “reposição de efectivo”.

Quadro de Pessoal dos Órgãos Centrais. Para efeitos desta Projectão, não foi feita uma análise detalhada ao nível dos Órgãos Centrais para definição do Quadro Tipo. Tal análise deverá ser subsequente à Análise Funcional prevista no PESS 2014-2019. Assim, para os Órgãos Centrais considerou-se a manutenção do efectivo total actual. Por conseguinte, as projecções deste PNDRHS deverão ser revistas em função dos resultados da Análise Funcional e subsequentes resultados em termos de estruturas de pessoal nos Órgãos de Gestão (central, provincial e distrital).

7.3 PROECÇÃO DE TÉCNICOS DE SAÚDE (REGIME ESPECIAL DE SAÚDE)

Este PNDRHS projecta um crescimento do efectivo total do SNS em 33%, passando de 48.733 funcionários em 2015 para 64.657 em 2025.

7.3.1 Priorização dos Técnicos de Saúde *vis-a-vis* Profissionais de Suporte

Antes de apresentar o detalhe da projecção de técnicos de saúde e dos profissionais de suporte, é importante ressaltar que este PNDRHS prevê uma clara priorização nos técnicos de saúde *vis-a-vis* profissionais de suporte.

Tabela 61 – Evolução de RHS por regime⁵²

Regime		Efectivo 2015	Plano										Crescimento
			2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Especial - Técnicos de saúde	Quantidade	25.791	27.394	30.233	32.365	32.849	34.391	35.391	36.913	38.658	40.164	42.105	63%
	%	53%	55%	57%	58%	58%	60%	61%	62%	63%	64%	65%	
Outros – Profissionais de suporte	Quantidade	22.942	22.862	23.275	23.872	23.560	23.374	22.972	22.789	22.734	22.509	22.552	-2%
	%	47%	45%	43%	42%	42%	40%	39%	38%	37%	36%	35%	
Total		48.733	50.257	53.508	56.238	56.409	57.765	58.363	59.702	61.392	62.673	64.657	33%

Como se pode observar na tabela anterior, prevê-se um crescimento de 16.313 no número total de técnicos de saúde entre 2016 e 2025, representando um aumento de 63% em relação ao efectivo no final de 2015.

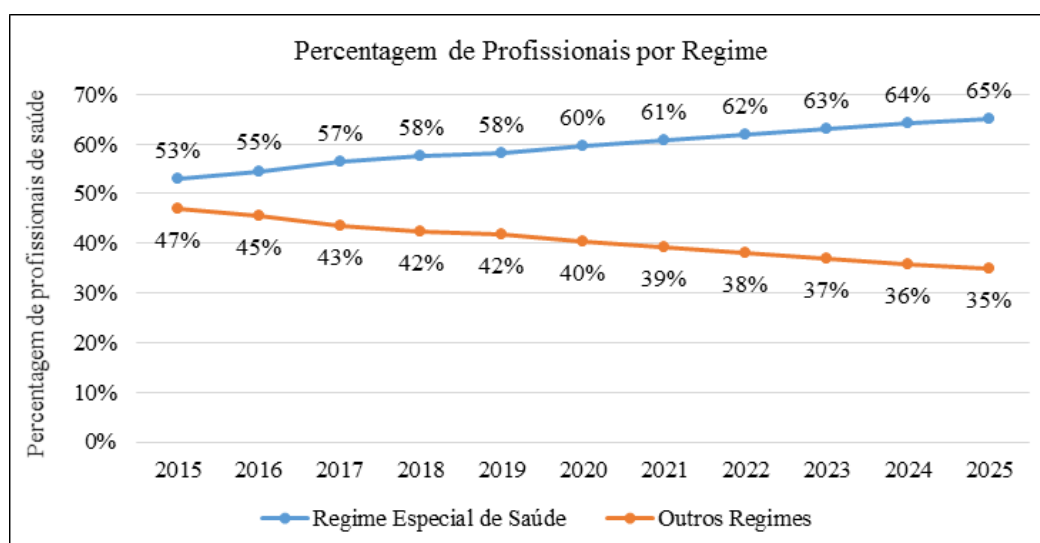
Em finais de 2015 existiam 25.792 técnicos de saúde, equivalente a 53% do efectivo total. Este PNDRHS projecta que em finais de 2025, o Sector terá 42.105 técnicos de saúde, equivalente a 65% do efectivo total.

Esta tendência evidencia uma maior priorização dos técnicos de saúde (Regime Especial de Saúde) em relação a profissionais de suporte (Outros Regimes), que não é uma novidade e tinha sido já projectada no anterior PNDRHS 2008-2015.

⁵² A última coluna “Crescimento” refere-se ao crescimento entre o efectivo de 2015 e o plano para 2025 pela fórmula: (Plano 2025 menos Efectivo em 2015) / Efectivo em 2015.

Esta priorização dos técnicos de saúde, reflectida no crescimento da proporção crescente que devem representar no Sector, pode ser visualizada no gráfico que se segue.

Figura 12 – Proporção de profissionais por regime



As duas secções seguintes apresentam as projecções de técnicos de saúde por competência e depois por nível académico.

7.3.2 Projectões de técnicos de saúde por tipo de competência

A tabela seguinte desdobra apresenta as **necessidades**⁵³, a percentagem de cumprimento⁵⁴ das necessidades e metas de técnicos de saúde (**plano**) para ocupações e agregações chave.

Na tabela anterior, as **necessidades** são produto da rede sanitária projectada e o Quadro Tipo de Referência utilizado para efeitos de projecção. Constituem, portanto, as necessidades globais de técnicos de saúde utilizando a projecção da rede sanitária e o QT como pressupostos.

O **plano** é o efectivo a alcançar no final de cada ano e resulta da maior ou menor priorização atribuída a cada ocupação *vis-a-vis* de acordo com os critérios apresentados na Secção 7.1.

Tabela 62 – Projectão de técnicos de saúde: sumário de ocupações chave

Cadre	Necessidades			% de cumprimento			Efectivo 2015	Plano		Crescimento
	2015	2020	2025	2015	2020	2025		2020	2025	
Técnicos de saúde	49.662	61.400	74.049	52%	56%	57%	25.792	34.391	42.105	63%
Médicos	3.528	4.500	5.274	56%	60%	61%	1.991	2.691	3.239	63%
Enfermeiros	10.988	14.487	18.302	63%	62%	61%	6.943	8.998	11.153	61%
Enfermeiros de SMI	7.993	9.852	11.934	65%	66%	63%	5.159	6.488	7.543	46%
Técnicos da área de medicina	13.414	15.667	17.715	57%	60%	60%	7.580	9.399	10.682	41%

⁵³ Como explicado anteriormente, as necessidades resultam de dois factores: a) rede sanitária em 2015 e projecção futura e b) Quadro Tipo de Referência.

⁵⁴ A percentagem de cumprimento refere-se ao grau de alcance das necessidades. Uma maior percentagem de cumprimento contribui para uma maior cobertura e também um esforço fiscal maior. As percentagens de cumprimento de necessidades foram discutidas por Ocupação tendo em consideração os critérios já apresentados na Secção 7.1.

Como já referido, projecta-se um crescimento de 63% nos técnicos de saúde. No entanto, como se pode observar na tabela anterior, assumindo uma concretização plena da expansão da rede sanitária (Secção 7.2.2) e a validade dos QT por tipo de US (Secção 7.2.3), em 2025 a percentagem de cumprimento das necessidades será de 57%, representando algum crescimento em relação aos actuais 52%.

A tabela seguinte desdobra apresenta as necessidades, a percentagem de cumprimento das necessidades e metas (plano) de técnicos de saúde por área ocupacional. Estão destacadas a cor as áreas ocupacionais que tem sido consideradas prioritárias nos últimos 10 anos.

Tabela 63 – Projecção de técnicos de saúde: por área ocupacional

Área Ocupacional	Necessidades			% de cumprimento			Efectivo 2015	Plano		Crescimento
	2015	2020	2025	2015	2020	2025		2020	2025	
Enfermagem	10.988	14.487	18.302	63%	62%	61%	6.943	8.998	11.153	61%
ESMI	7.993	9.852	11.934	65%	66%	63%	5.159	6.488	7.543	46%
Medicina Curativa	7.897	9.486	10.876	65%	67%	66%	5.115	6.337	7.225	41%
Laboratório	4.098	5.089	6.208	41%	44%	42%	1.699	2.261	2.583	52%
Medicina Preventiva	3.820	4.124	4.394	52%	56%	58%	1.981	2.320	2.531	28%
Farmácia	3.639	4.398	5.284	50%	57%	63%	1.831	2.511	3.325	82%
Odontostomatologia	2.536	2.913	3.260	18%	24%	28%	467	689	926	98%
Nutrição	2.457	2.822	3.169	14%	37%	59%	335	1.044	1.879	461%
Psiquiatria e saúde mental	1.546	1.795	2.029	28%	36%	38%	430	640	777	81%
Administração Hospitalar	1.110	1.324	1.555	38%	39%	37%	424	522	582	37%
Estatística Sanitária	813	947	1.102	11%	30%	39%	88	288	425	383%
Oftalmologia	543	701	856	22%	29%	33%	121	204	282	133%
Medicina Física e Reabilitação	518	664	818	70%	69%	69%	361	455	568	57%
Radiologia	345	576	884	68%	63%	55%	234	362	488	109%
Outros	338	473	628	19%	36%	53%	64	169	333	420%
Instrumentação	330	560	868	76%	91%	74%	252	509	639	154%
Anestesiologia	323	548	856	56%	69%	60%	181	376	513	183%
Cirurgia	151	262	416	36%	39%	36%	54	102	149	176%
Otorrinolaringologia	120	223	377	20%	26%	27%	24	59	101	321%
Ortoprotesia	97	156	233	30%	37%	36%	29	57	83	186%
Total de técnicos de saúde	49.662	61.400	74.049	52%	56%	57%	25.792	34.391	42.105	63%

A tabela seguinte desdobra apresenta as necessidades, a percentagem de cumprimento das necessidades e metas de médicos especialistas.

Tabela 64 – Projecção de médicos especialistas

Ref.	Especialidades	Necessidades			% de cumprimento			Efectivo 2015	Plano		Crescimento
		2015	2020	2025	2015	2020	2025		2020	2025	
1	Anestesiologia e Reanimação	94	116	116	39%	37%	48%	37	43	56	51%
2	Cirurgião	176	256	333	48%	45%	46%	84	115	154	83%
3	Cirurgião pediátrico	16	19	19	38%	42%	53%	6	8	10	67%
4	Dermatologista	32	40	40	47%	53%	65%	15	21	26	73%
5	Ginecologista	140	212	289	51%	51%	51%	71	109	147	107%
6	Imagiologia	33	42	42	9%	31%	40%	3	13	17	467%
7	Internista	82	99	99	111%	102%	102%	91	101	101	11%
8	Legista	27	30	30	59%	70%	60%	16	21	18	13%
9	Microbiologista	19	23	23	47%	43%	48%	9	10	11	22%
10	Neurologista	22	27	27	41%	41%	44%	9	11	12	33%
11	Oftalmologista	40	48	48	60%	75%	92%	24	36	44	83%
12	Ortopedista	66	84	84	88%	81%	89%	58	68	75	29%
13	Otorrino	50	62	62	48%	47%	52%	24	29	32	33%

Ref.	Especialidades	Necessidades			% de cumprimento			Efectivo 2015	Plano		Cresci- mento
		2015	2020	2025	2015	2020	2025		2020	2025	
14	Patologista	37	45	45	27%	33%	40%	10	15	18	80%
15	Pediatra	93	115	115	70%	72%	88%	65	83	101	55%
16	Psiquiatra	38	44	44	39%	41%	48%	15	18	21	40%
17	Urologista	37	45	45	51%	51%	56%	19	23	25	32%
18	Neonatalogista	35	43	43	11%	21%	33%	4	9	14	250%
19	Estomatologista	16	19	19	0%	11%	16%	0	2	3	
20	Hematologista	14	18	18	29%	28%	39%	4	5	7	75%
21	Cardiologia	29	35	35	38%	57%	80%	11	20	28	155%
22	Gastroenterologia	28	34	34	36%	44%	59%	10	15	20	100%
23	Cirurgião plástico	12	15	15	33%	53%	80%	4	8	12	200%
24	Cirurgião Torácico	8	10	10	63%	50%	60%	5	5	6	20%
25	Neurocirurgião	25	31	31	64%	52%	48%	16	16	15	-6%
26	Cirurgião Maxilo facial	16	20	20	31%	45%	80%	5	9	16	220%
27	Análise Clínicas	14	18	18	7%	11%	22%	1	2	4	300%
28	Pneumologista	16	19	19	50%	47%	63%	8	9	12	50%
29	Oncologista	22	27	27	23%	37%	56%	5	10	15	200%
30	Nefrologia	16	19	19	13%	21%	26%	2	4	5	150%
31	Endocrinologia	28	35	35	7%	14%	20%	2	5	7	250%
32	Doenças infecto-contagiosas	16	19	19	31%	37%	47%	5	7	9	80%
33	Geriatría	16	19	19	6%	32%	58%	1	6	11	1.000%
34	Cirurgia vascular	12	15	15	0%	7%	13%	0	1	2	
35	Cirurgia cardíaca	4	4	4	0%	0%	25%	0	0	1	
36	Cuidados Intensivos pediátricos	24	28	28	8%	14%	21%	2	4	6	200%
37	Cuidados Intensivos adultos	24	28	28	17%	21%	29%	4	6	8	100%
38	Ortoprotesista	7	9	9	14%	22%	22%	1	2	2	100%
39	Fisioterapia	8	10	10	113%	90%	90%	9	9	9	0%
44	Médico especialista em Medicina Familiar e Comunitária	148	173	174	2%	25%	48%	3	43	83	2.667%
46	Neurologia Pediátrica	7	9	9	0%	11%	11%	0	1	1	
47	Hematooncologia Pediátrica	7	9	9	0%	11%	11%	0	1	1	
48	Nefrologia Pediátrica	7	9	9	0%	11%	22%	0	1	2	
49	Pneumologia Pediátrica	7	9	9	14%	22%	22%	1	2	2	100%
50	Cardiologia Pediátrica	7	9	9	0%	11%	11%	0	1	1	
51	Infeciologia Pediátrica	15	18	18	0%	6%	17%	0	1	3	
52	Gastroenterologia Pediátrica	12	15	15	0%	7%	13%	0	1	2	
53	Alergologia Pediátrica	12	15	15	0%	7%	13%	0	1	2	
54	Genética Pediátrica	7	9	9	0%	11%	11%	0	1	1	
86	Acupuntura	3	4	4	33%	25%	25%	1	1	1	0%
87	Médico de Saúde Pública	31	31	31	68%	90%	181%	21	28	56	167%
88	Logofoniatra	11	13	13	36%	38%	46%	4	5	6	50%
130	Medicina Tradicional	6	6	6	100%	67%	17%	6	4	1	-83%
Total		1.672	2.111	2.266	41%	46%	55%	691	969	1.242	80%

A tabela seguinte desdobra apresenta as necessidades, a percentagem de cumprimento das necessidades e metas de médicos e médicos dentistas.

Tabela 65 – Projecção de médicos e médicos dentistas

Ref.	Médicos e Médicos Dentistas	Necessidades			% de cumprimento			Efectivo 2015	Plano		Crescimento
		2015	2020	2025	2015	2020	2025		2020	2025	
43	Médico de Clínica Geral	1.856	2.389	3.008	70%	72%	66%	1.300	1.722	1.997	54%
45	Médico Dentista	593	681	759	29%	33%	35%	171	226	263	54%
Total		2.449	3.070	3.767	60%	63%	60%	1.471	1.948	2.260	54%

A tabela seguinte desdobra apresenta as necessidades, a percentagem de cumprimento das necessidades e metas de outros técnicos de saúde de nível superior.

Tabela 66 – Projecção de outros técnicos de saúde de nível superior por ocupação

Ref.	Outros técnicos de saúde de nível superior	Necessidades			% de cumprimento			Efectivo 2015	Plano		Crescimento
		2015	2020	2025	2015	2020	2025		2020	2025	
42	Fisioterapeuta A	48	58	58	98%	86%	86%	47	50	50	6%
55	Enfermeiro A	774	1.043	1.352	79%	72%	64%	609	747	863	42%
56	Enfermeira de Saúde Materna A	290	498	806	20%	23%	25%	59	114	198	236%
57	Enfermeiro Pediatra A	554	715	870	1%	10%	18%	7	74	155	2114%
58	Farmacêutico A	406	475	552	49%	50%	49%	197	236	271	38%
59	Técnico de Laboratório A	175	245	322	78%	73%	65%	136	180	210	54%
60	Técnico de Instrumentação A	84	106	106	25%	40%	58%	21	42	61	190%
61	Técnico de cirurgia A	151	262	416	33%	38%	36%	50	100	149	198%
62	Técnico de administração hospitalar A	599	669	746	32%	35%	36%	189	231	270	43%
63	Nutricionista A	451	536	614	33%	37%	38%	147	197	235	60%
64	Psicólogo Clínico A	917	1.012	1.090	19%	23%	25%	177	232	272	54%
82	Técnico de ortoprotesia A	12	14	14	0%	7%	21%	0	1	3	-
83	Técnico de prótese dentária A	16	19	19	0%	11%	16%	0	2	3	-
84	Técnico de Anestesiologia A	77	94	94	30%	39%	54%	23	37	51	122%
90	Técnico de Radioterapia A	28	34	34	79%	71%	71%	22	24	24	9%
91	Técnico de Radiologia A	69	86	86	12%	17%	23%	8	15	20	150%
128	Técnico de Optometria A	35	43	43	23%	12%	21%	8	5	9	13%
129	Técnico superior em saúde pública	359	359	359	6%	5%	9%	23	18	31	35%
Total		5.045	6.268	7.581	34%	37%	38%	1.723	2.305	2.875	67%

A tabela seguinte desdobra apresenta as necessidades, a percentagem de cumprimento das necessidades e metas de outros técnicos de saúde de nível médio.

Tabela 67 – Projecção de técnicos de saúde de nível médio por ocupação

Ref.	Técnicos de saúde de nível médio	Necessidades			% de cumprimento			Efectivo 2015	Plano		Crescimento
		2015	2020	2025	2015	2020	2025		2020	2025	
40	Técnico de Otorrinolaringologia	120	223	377	20%	26%	27%	24	59	101	321%
41	Técnico de prótese – ortoprotesia	85	142	219	34%	39%	37%	29	56	80	176%
65	Enfermeiro Geral	9.660	12.729	16.080	65%	64%	63%	6.327	8.177	10.135	60%
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	7.703	9.354	11.128	66%	68%	66%	5.100	6.374	7.345	44%
67	Técnico de Medicina	4.400	5.017	5.633	71%	73%	72%	3.131	3.668	4.042	29%
68	Técnico de Medicina Preventiva	3.430	3.734	4.004	56%	61%	61%	1.937	2.274	2.444	26%
69	Técnico de Farmácia	3.233	3.923	4.732	51%	58%	65%	1.634	2.275	3.054	87%
70	Técnico de Laboratório C	3.881	4.794	5.836	40%	43%	40%	1.563	2.056	2.323	49%
71	Técnico de Anestesiologia	246	454	762	64%	75%	61%	158	339	462	192%
72	Técnico de Instrumentação	246	454	762	94%	103%	76%	231	467	578	150%
73	Técnico de Administração Hospitalar	511	655	809	46%	44%	39%	235	291	312	33%
74	Técnico de Nutrição	2.006	2.286	2.555	9%	37%	64%	188	847	1.644	774%
75	Técnico de Radiologia	276	490	798	82%	71%	59%	226	347	468	107%
76	Técnico de Odontoestomatologia	1.903	2.185	2.454	15%	21%	27%	293	456	652	123%
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	629	783	939	40%	52%	54%	253	408	505	100%
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	470	606	760	67%	67%	68%	314	405	518	65%
79	Técnico de Oftalmologia	463	604	759	24%	32%	35%	113	194	264	134%
80	Técnico de Tanatologia	42	50	50	0%	50%	100%	0	25	50	-
81	Técnico de prótese – Prótese dentária	24	28	28	13%	18%	29%	3	5	8	167%
85	Técnico de estatística sanitária	813	947	1.102	11%	30%	39%	88	288	425	383%
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	310	439	594	6%	31%	52%	19	135	309	1526%
126	Ortopistas	16	19	19	0%	11%	16%	0	2	3	-
127	Ópticos	29	35	35	0%	9%	17%	0	3	6	-
Total		40.496	49.951	60.435	54%	58%	59%	21.866	29.151	35.728	63%

A tabela seguinte desdobra apresenta as necessidades, a percentagem de cumprimento das necessidades e metas de outros técnicos de saúde de nível básico e elementar.

Tabela 68 – Projecção de técnicos de saúde por ocupação: técnicos de nível básico e elementar

[por finalizar]

7.3.3 Projecções de técnicos de saúde por nível de atenção

Um dos indicadores de equidade deste PNDRHS está associado a uma melhor distribuição dos RHS entre o nível primário e outros níveis de atenção. Assim, como se pode observar na tabela seguinte de projecção por nível de atenção, pretende-se alcançar equidade na % de cumprimento das necessidades entre o nível primário e os outros níveis (58% e 57%).⁵⁵

⁵⁵ Como se pode observar na tabela, utilizando a base de dados do efectivo no final de 2015, constata-se que a percentagem de cumprimento das necessidades foi de 35% no nível primário de atenção e 60% nos outros níveis, o que é indicativo de uma grande iniquidade entre o nível primário e os outros níveis de atenção. No entanto, o classificador “local de trabalho” na base de dados do efectivo não tem ainda um bom nível de qualidade: muitos (não se sabe quantos) técnicos de saúde estão classificados no local de trabalho “SDSMAS”, mas encontram-se a trabalhar em US (de diferentes níveis). Assim, a percentagem de cumprimento das necessidades para o ano de 2015 deve ser lida com cautela.

Tabela 69 – Projecção de técnicos de saúde por nível de atenção em ocupações chave

Cadre	Nível	Necessidades			% de cumprimento			Efectivo 2015	Plano		Crescimento	% do total da Cadre		
		2015	2020	2025	2015	2020	2025		2020	2025		2015	2020	2025
Técnicos de saúde	Primário	26.893	29.367	30.543	35%	56%	58%	9.329	16.378	17.855	91%	36%	48%	42%
	Outros Níveis	15.315	24.579	36.052	60%	56%	57%	9.265	13.647	20.498	121%	36%	40%	49%
	Orgãos de Gestão	7.454	7.454	7.454	97%	59%	50%	7.197	4.366	3.751	-48%	28%	13%	9%
Médicos	Primário	882	986	990	23%	64%	63%	205	629	625	205%	10%	23%	19%
	Outros Níveis	2.086	2.954	3.724	59%	56%	59%	1.229	1.651	2.207	80%	62%	61%	68%
	Orgãos de Gestão	560	560	560	99%	73%	73%	557	411	407	-27%	28%	15%	13%
Enfermeiros	Primário	4.680	4.987	5.106	48%	64%	60%	2.228	3.176	3.076	38%	32%	35%	28%
	Outros Níveis	5.769	8.961	12.657	56%	58%	61%	3.240	5.225	7.751	139%	47%	58%	69%
	Orgãos de Gestão	539	539	539	274%	111%	60%	1.475	597	326	-78%	21%	7%	3%
Enfermeiros de SMI	Primário	5.288	5.754	5.988	45%	66%	66%	2.405	3.824	3.952	64%	47%	59%	52%
	Outros Níveis	2.026	3.419	5.267	68%	60%	60%	1.381	2.043	3.165	129%	27%	31%	42%
	Orgãos de Gestão	679	679	679	202%	92%	63%	1.373	621	426	-69%	27%	10%	6%
Técnicos da área de medicina	Primário	7.361	8.121	8.475	41%	64%	66%	3.016	5.213	5.570	85%	40%	55%	52%
	Outros Níveis	2.821	4.314	6.008	74%	56%	58%	2.082	2.396	3.458	66%	27%	25%	32%
	Orgãos de Gestão	3.232	3.232	3.232	77%	55%	51%	2.482	1.790	1.653	-33%	33%	19%	15%

Tabela 70 – Projecção de técnicos de saúde por nível de atenção por área ocupacional

Área Ocupacional	Nível	Necessidades			% de cumprimento			Efectivo 2015	Plano		Crescimento	% do total da Cadre		
		2015	2020	2025	2015	2020	2025		2020	2025		2015	2020	2025
Medicina Curativa	Primário	4.711	5.192	5.427	42%	68%	70%	1.966	3.542	3.809	94%	8%	10%	9%
	Outros Níveis	2.303	3.411	4.566	75%	59%	62%	1.720	1.998	2.810	63%	7%	6%	7%
	Órgãos de Gestão	883	883	883	162%	90%	69%	1.429	797	606	-58%	6%	2%	1%
Otorrino-laringologia	Primário				-	-	-	5			-100%	21%	%	0%
	Outros Níveis	120	223	377	13%	26%	27%	15	59	101	573%	63%	100%	100%
	Órgãos de Gestão				-	-	-	4			-100%	17%	%	0%
Ortoprotesia	Primário				-	-	-				-	%	%	0%
	Outros Níveis	97	156	233	28%	37%	36%	27	57	83	207%	93%	100%	100%
	Órgãos de Gestão				-	-	-	2			-100%	7%	%	0%
Medicina Física e Reabilitação	Primário	145	147	147	21%	64%	68%	30	94	100	234%	8%	21%	18%
	Outros Níveis	283	427	581	94%	71%	70%	266	302	406	53%	74%	66%	72%
	Órgãos de Gestão	90	90	90	72%	66%	68%	65	59	62	-5%	18%	13%	11%
Odonto-estomatologia	Primário	1.916	2.116	2.232	9%	21%	27%	182	452	607	234%	39%	66%	66%
	Outros Níveis	279	456	687	53%	26%	29%	149	117	201	35%	32%	17%	22%
	Órgãos de Gestão	341	341	341	40%	35%	35%	136	120	118	-13%	29%	17%	13%
Enfermagem	Primário	4.680	4.987	5.106	48%	64%	60%	2.228	3.176	3.076	38%	32%	35%	28%
	Outros Níveis	5.769	8.961	12.657	56%	58%	61%	3.240	5.225	7.751	139%	47%	58%	69%
	Órgãos de Gestão	539	539	539	274%	111%	60%	1.475	597	326	-78%	21%	7%	3%
ESMI	Primário	5.288	5.754	5.988	45%	66%	66%	2.405	3.824	3.952	64%	47%	59%	52%
	Outros Níveis	2.026	3.419	5.267	68%	60%	60%	1.381	2.043	3.165	129%	27%	31%	42%
	Órgãos de Gestão	679	679	679	202%	92%	63%	1.373	621	426	-69%	27%	10%	6%
Farmácia	Primário	2.206	2.410	2.526	32%	57%	65%	698	1.372	1.630	134%	38%	55%	49%
	Outros Níveis	779	1.334	2.104	66%	56%	62%	513	749	1.315	156%	28%	30%	40%
	Órgãos de Gestão	654	654	654	95%	60%	58%	620	390	380	-39%	34%	16%	11%
Laboratório	Primário	2.647	2.903	3.021	21%	41%	40%	555	1.204	1.202	117%	33%	53%	47%
	Outros Níveis	1.040	1.775	2.776	70%	47%	43%	730	827	1.202	65%	43%	37%	47%
	Órgãos de Gestão	411	411	411	101%	56%	43%	414	230	178	-57%	24%	10%	7%
Instrumentação	Primário				-	-	-	32			-100%	13%	%	0%
	Outros Níveis	329	559	867	60%	91%	74%	197	507	638	224%	78%	100%	100%
	Órgãos de Gestão	1	1	1	2300%	203%	76%	23	2	1	-97%	9%	%	0%

Área Ocupacional	Nível	Necessidades			% de cumprimento			Efectivo 2015	Plano		Cresci- mento	% do total da Cadre		
		2015	2020	2025	2015	2020	2025		2020	2025		2015	2020	2025
Cirurgia	Primário				-	-	-	4			-100%	7%	%	0%
	Outros Níveis	151	262	416	26%	39%	36%	40	101	149	273%	74%	100%	100%
	Órgãos de Gestão				-	-	-	10			-100%	19%	%	0%
Administração Hospitalar	Primário				-	-	-	28	5		-100%	7%	1%	0%
	Outros Níveis	397	611	842	31%	38%	38%	124	232	318	157%	29%	45%	55%
	Órgãos de Gestão	713	713	713	38%	40%	37%	272	285	264	-3%	64%	55%	45%
Nutrição	Primário	1.916	2.116	2.232	3%	37%	62%	66	783	1.391	2.007%	20%	75%	74%
	Outros Níveis	216	381	612	36%	37%	55%	78	141	335	329%	23%	13%	18%
	Órgãos de Gestão	325	325	325	59%	37%	47%	191	120	154	-20%	57%	11%	8%
Psiquiatria e saúde mental	Primário	589	666	669	21%	45%	46%	126	297	310	146%	29%	46%	40%
	Outros Níveis	253	425	656	68%	38%	42%	172	163	272	58%	40%	25%	35%
	Órgãos de Gestão	704	704	704	19%	26%	28%	132	181	195	48%	31%	28%	25%
Medicina Preventiva	Primário	2.061	2.263	2.379	45%	61%	61%	920	1.375	1.452	58%	46%	59%	57%
	Outros Níveis	114	216	370	132%	62%	61%	150	134	227	51%	8%	6%	9%
	Órgãos de Gestão	1.645	1.645	1.645	55%	49%	52%	911	812	852	-6%	46%	35%	34%
Anestesiologia	Primário				-	-	-	10			-100%	6%	%	0%
	Outros Níveis	312	537	845	50%	69%	60%	156	372	507	225%	86%	99%	99%
	Órgãos de Gestão	11	11	11	136%	38%	54%	15	4	6	-60%	8%	1%	1%
Radiologia	Primário				-	-	-	25			-100%	11%	%	0%
	Outros Níveis	334	565	873	55%	63%	55%	183	353	482	163%	78%	98%	99%
	Órgãos de Gestão	11	11	11	236%	80%	59%	26	9	6	-75%	11%	2%	1%
Oftalmologia	Primário	293	320	321	14%	32%	35%	40	103	112	179%	33%	50%	40%
	Outros Níveis	238	369	523	26%	26%	32%	62	97	166	168%	51%	48%	59%
	Órgãos de Gestão	12	12	12	158%	32%	35%	19	4	4	-78%	16%	2%	1%
Estatística Sanitária	Primário	293	320	321	1%	30%	39%	2	97	124	6.090%	2%	34%	29%
	Outros Níveis	128	235	389	20%	30%	39%	26	71	150	477%	30%	25%	35%
	Órgãos de Gestão	392	392	392	15%	30%	39%	60	119	151	152%	68%	41%	36%
Outros	Primário	148	173	174	5%	31%	52%	7	54	91	1.193%	11%	32%	27%
	Outros Níveis	147	257	411	24%	38%	54%	36	98	220	511%	56%	58%	66%
	Órgãos de Gestão	43	43	43	49%	40%	52%	21	17	22	7%	33%	10%	7%

7.3.4 Projectões de técnicos de saúde por nível académico

Enfoque na proporção de técnicos de nível médio. Utilizando como base os quadros tipo apropriados à rede sanitária actual e a projecção futura, o País necessita essencialmente de técnicos de nível médio. Assim, projecta-se a seguinte orientação estratégica em termos do nível académico dos técnicos de saúde:

- a) *manter* a proporção de técnicos de nível superior, médicos e especialização médica. Projecta-se um crescimento de 80% nos médicos especialistas e 60% nos técnicos superiores (incluindo médicos). No entanto, a proporção destes deverá manter-se estável em 15% do total dos técnicos de saúde;
- b) *eliminar* gradualmente os técnicos de saúde de nível básico e elementar. Em 2015, 35% dos técnicos de saúde eram do nível básico e elementar. Projecta-se a eliminação gradual de técnicos de nível básico ou elementar para que em 2025 não o sector não tenha técnicos de saúde com nível académico básico ou elementar. Assim, projecta-se que em 2025 apenas 27% dos RHS sejam do nível académico inferior ao *médio* e que estes sejam apenas profissionais de suporte (na sua grande maioria – serventes de Unidades Sanitárias); e
- c) *aumentar e reter* técnicos de nível médio com um target de 85% do sector em 2025 (*baseline* de 50% em 2015). A implementação rigorosa dos Quadros tipo e da estratégia de descompressão salarial no nível médio irá evitar a tendência dos técnicos de saúde procurarem o nível superior em áreas não prioritárias ajudando na retenção dos profissionais neste nível.

Assim, o aumento global de técnicos de saúde em 63% resultará essencialmente do aumento significativo de técnicos de saúde de nível médio (179%) e em certa medida os de nível superior (60%) e especialistas (80%).

As tabelas que se seguem apresentam estes números de forma estruturada.

Tabela 71 – Projecção de RHS por nível académico

Nível académico dos RHS	Necessidades			% de cumprimento			Plano			Cresci- mento	% do total de RHS		
	2015	2020	2025	2015	2020	2025	2015	2020	2025		2015	2020	2025
Especialidade médica	1.672	2.111	2.266	41%	46%	55%	691	969	1.242	80%	1%	2%	2%
Superior (incluindo médicos)	9.699	11.620	13.707	51%	51%	49%	4.929	5.907	6.738	37%	10%	10%	10%
Médio	47.725	57.654	68.638	33%	48%	57%	15.714	27.415	38.986	148%	32%	47%	60%
Básico				-	-	-	10.251	5.595		-100%	21%	10%	0%
Elementar	19.686	23.972	28.373	87%	75%	62%	17.148	17.878	17.691	3%	35%	31%	27%
Total de RHS	78.782	95.357	112.984	62%	61%	57%	48.733	57.765	64.657	33%	100%	100%	100%

Tabela 72 – Projecção de técnicos saúde por nível académico

Nível académico dos técnicos de saúde	Necessidades			% de cumprimento			Plano			Cresci- mento	% dos técnicos de saúde no ano		
	2015	2020	2025	2015	2020	2025	2015	2020	2025		2015	2020	2025
Especialidade médica	1.672	2.111	2.266	41%	46%	55%	691	969	1.242	80%	3%	3%	3%
Superior (incluindo médicos)	7.494	9.338	11.348	43%	46%	45%	3.217	4.267	5.135	60%	12%	12%	12%
Médio	40.496	49.951	60.435	32%	49%	59%	12.801	24.303	35.728	179%	50%	71%	85%
Básico				-	-	-	7.775	4.158	-	-100%	30%	12%	0%
Elementar				-	-	-	1.307	694	-	-100%	5%	2%	0%
Total de técnicos de saúde	49.662	61.400	74.049	52%	56%	57%	25.791	34.391	42.105	63%	100%	100%	100%

7.3.5 Projectões de especialistas nacionais e estrangeiros

Em 2015, o SNS tinha mais especialistas estrangeiros (417) que moçambicanos (274). Este PDNRHS projecta que em 2025, o número de especialistas nacionais (825) seja o dobro do número de especialistas estrangeiros (417).

Figura 13 – Evolução de especialistas nacionais e estrangeiros



Como se pode observar, a projecção mostra um processo gradual e evolutivo. Dado o tempo necessário para preparar e concretizar a formação em especialização médica, o número de especialistas moçambicanos actuando no Sector começa a crescer significativamente só a partir de 2021.

Assim, espera-se que – face às necessidades – o número de especialistas estrangeiros aumente para um máximo de 568 em 2020 para posterior redução gradual à medida que são formados especialistas moçambicanos.

7.3.6 Plano de Contratações de técnicos de saúde

A tabela que se segue apresenta um sumário dos técnicos de saúde a contratar por ano (nacionais e estrangeiros) por forma a alcançar as projecções apresentadas nas secções anteriores. Como já referido na Secção que explica o modelo de projecção, para além do crescimento, este plano de contratações inclui também a necessidade de repor técnicos que saíam por “perda natural”.

É importante notar que este plano é só referente a novas entradas no Sector. Ou seja, já toma em consideração que os técnicos de nível básico e médio (que entretanto não saíam por saída natural, irão ser requalificados para o nível médio). Este plano, também assume que todos os médicos especialistas nacionais a formar reduzem o efectivo de médicos de clínica geral e que, portanto, será necessário repor estas saídas.

O plano detalhado de contratações por ocupação é incluído nos anexos deste PDNRHS.

Tabela 73 – Plano de contratação de técnicos de saúde nacionais e estrangeiros

Ocupação	Contratação de nacionais (moçambicanos)										Contratação de estrangeiros									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Médicos Especialistas		18	37	49	53	115	101	101	101	93	29	54	50	53	24	17	16	8	7	7
Médicos e médicos dentistas	56	167	238	188	215	220	246	266	239	159										
Técnicos de saúde de nível superior (excluindo os médicos e médicos dentistas)	100	190	261	191	178	126	170	229	199	135										
Técnicos de saúde de nível médio	2.112	2.961	2.994	1.040	1.720	1.383	1.884	2.195	1.990	1.491	12	9	7		7	5	6	5	4	1
Total	2.268	3.336	3.530	1.468	2.166	1.844	2.401	2.791	2.529	1.878	41	63	57	53	31	22	22	13	11	8

7.3.7 Rácios de técnicos de Saúde por Área Ocupacional

No total, o rácio de técnicos de saúde por 100 mil habitantes deverá crescer dos 100,2 em 2015 para 127 em 2025. No âmbito deste crescimento, o rácio previsto para o ano de 2019 é de 115, acima do previsto no PQG (113,3).

Em específico, projecta-se um aumento do rácio da Enfermagem de 27 enfermeiros por 100.000 habitantes em 2015 para 33,6 em 2025. Projecta-se ainda um aumento de 8 ESMI por 100.000 Por 100.000 mulheres de 15-49 anos e crianças de 0-5 anos de 48,3 (2015) para 56,3 (2025).

Nota particular é dada à área de nutrição, em que o rácio deverá crescer significativamente de 1,3 técnicos por 100 mil habitantes para 5,7 em 2025.

Tabela 74 – Rácios de técnicos de saúde por área ocupacional

Área ocupacional	Efectivo / Rácio	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Enfermagem	Meta de efectivo	6.943	7.346	7.919	8.362	8.620	8.998	9.219	9.625	10.133	10.547	11.153
	por 100.000 hab	27,0	27,8	29,2	30,0	30,2	30,7	30,7	31,2	32,2	32,6	33,6
ESMI	Meta de efectivo	5.159	5.375	5.998	6.205	6.314	6.488	6.574	6.742	6.962	7.132	7.543
	por 100.000 hab	20,1	20,3	22,1	22,3	22,1	22,1	21,9	21,9	22,1	22,0	22,7
	Por 100.000 mulheres de 15-49 anos e crianças de 0-5 anos	48,3	49,2	53,6	54,2	53,8	54,1	53,5	53,7	54,3	54,4	56,3
Medicina Curativa	Meta de efectivo	5.115	5.448	5.836	6.114	6.147	6.337	6.470	6.642	6.836	6.994	7.225
	por 100.000 hab	19,9	20,6	21,5	22,0	21,5	21,6	21,5	21,5	21,7	21,6	21,8
Medicina Preventiva	Meta de efectivo	1.981	2.117	2.286	2.378	2.288	2.320	2.331	2.359	2.394	2.429	2.531
	por 100.000 hab	7,7	8,0	8,4	8,5	8,0	7,9	7,8	7,7	7,6	7,5	7,6
Farmácia	Meta de efectivo	1.830	1.945	2.103	2.208	2.350	2.511	2.638	2.802	2.990	3.149	3.325
	por 100.000 hab	7,1	7,4	7,8	7,9	8,2	8,6	8,8	9,1	9,5	9,7	10,0
Laboratório	Meta de efectivo	1.699	1.787	2.092	2.259	2.182	2.261	2.294	2.361	2.444	2.508	2.583
	por 100.000 hab	6,6	6,8	7,7	8,1	7,6	7,7	7,6	7,7	7,8	7,7	7,8
Outros	Meta de efectivo	64	99	131	160	145	169	194	228	266	302	333
	por 100.000 hab	0,2	0,4	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
Odontoestomatologia	Meta de efectivo	467	464	529	648	630	689	738	793	822	878	926
	por 100.000 hab	1,8	1,8	1,9	2,3	2,2	2,4	2,5	2,6	2,6	2,7	2,8
Psiquiatria e saúde mental	Meta de efectivo	430	482	564	620	603	640	663	695	729	759	777
	por 100.000 hab	1,7	1,8	2,1	2,2	2,1	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3
Administração Hospitalar	Meta de efectivo	424	423	426	506	509	522	525	537	554	572	582
	por 100.000 hab	1,6	1,6	1,6	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8
Medicina Física e Reabilitação	Meta de efectivo	361	354	384	427	427	455	478	509	519	550	568
	por 100.000 hab	1,4	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7	1,6	1,7	1,7
Nutrição	Meta de efectivo	335	438	522	743	879	1.044	1.200	1.367	1.543	1.716	1.879
	por 100.000 hab	1,3	1,7	1,9	2,7	3,1	3,6	4,0	4,4	4,9	5,3	5,7
Instrumentação	Meta de efectivo	252	275	320	446	459	509	526	567	614	643	639

Área ocupacional	Efectivo / Rácio	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	por 100.000 hab	1,0	1,0	1,2	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	2,0	2,0	1,9
Radiologia	Meta de efectivo	234	227	250	270	321	362	379	414	454	484	488
	por 100.000 hab	0,9	0,9	0,9	1,0	1,1	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5
Anestesiologia	Meta de efectivo	181	201	297	336	335	376	396	433	476	507	513
	por 100.000 hab	0,7	0,8	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,6	1,5
Oftalmologia	Meta de efectivo	121	143	166	191	192	204	218	235	255	272	282
	por 100.000 hab	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9
Estatística Sanitária	Meta de efectivo	88	160	286	316	259	288	313	342	373	402	425
	por 100.000 hab	0,3	0,6	1,1	1,1	0,9	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	1,3
Cirurgia	Meta de efectivo	54	56	65	81	89	102	108	120	133	144	149
	por 100.000 hab	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Ortoprotesia	Meta de efectivo	29	28	27	52	50	57	61	67	74	80	83
	por 100.000 hab	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Otorrinolaringologia	Meta de efectivo	24	26	32	43	50	59	66	75	87	96	101
	por 100.000 hab	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Total	Meta de efectivo	25.791	27.394	30.233	32.365	32.849	34.391	35.391	36.913	38.658	40.164	42.105
	por 100.000 hab	100,2	103,7	111,4	116,2	115,0	117,3	117,7	119,8	122,8	124,1	127,0

7.4 PROECÇÃO DE TÉCNICOS DE SAÚDE POR PROVÍNCIA

Face aos resultados da Análise Situacional dos RHS, a distribuição mais equitativa de técnicos de saúde por Província é um desafio importante para os próximos 10 anos. Assim, os anexos deste PNDRHS apresentam uma projecção mais equitativa de técnicos de saúde por Província, por Ocupação para os próximos 10 anos. Tal projecção deverá servir de *orientação* no planeamento anual.

A tabela que se segue ilustra os resultados desta distribuição mais equitativa em termos dos rácios nas 10 profissões prioritárias, por província, por ano.

Tabela 75 – Projecção do rácio nas 10 profissões prioritárias por província, por ano⁵⁶

Província	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Niassa	93,7	73	84	89	90	96	110	114	112	126	129
Cabo Delgado	90,5	71	81	94	101	109	111	113	124	126	125
Nampula	69,12	51	57	65	68	75	78	86	86	95	94
Zambézia	66,09	44	50	56	57	62	65	72	80	83	89
Tete	64,23	44	49	55	62	66	68	71	74	76	89
Manica	86,42	51	58	64	66	71	74	80	101	104	104
Sofala	130,96	75	90	101	103	110	119	125	133	129	133
Inhambane	117,37	80	103	111	112	118	126	131	142	141	139
Gaza	108,69	86	91	96	102	110	114	119	126	126	124
Maputo Província	82,27	54	61	75	86	90	90	91	96	105	102
Maputo Cidade	244,99	127	135	151	156	167	172	178	181	185	184
Desvio Padrão com Maputo Cidade	51	24	26	29	29	30	32	32	31	30	28
Desvio Padrão sem Maputo Cidade	22,43	15,63	19,52	20,30	20,11	20,94	22,97	22,76	23,52	21,61	19,10

Como se pode ver, uma melhor distribuição dos RHS por província irá reduzir gradualmente o desvio padrão, ou seja a disparidade nos rácios entre províncias.

⁵⁶ Para efeitos desta projecção, os rácios incluem técnicos de saúde no Órgão Central em Maputo Cidade.

7.5 PROJEÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SUPORTE (PROFISSIONAIS EM OCUPAÇÕES DE OUTROS REGIMES)

7.5.1 Projeções de profissionais de suporte por tipo de competência

Face a uma necessidade de priorizar os técnicos de saúde e tornar mais eficiente a utilização de RHS (particularmente de áreas *não core*), projecta-se uma redução de 2% de profissionais de suporte no período 2015-2025.

Em termos práticos, esta redução significa: a) a não reposição total de saídas naturais; b) uma restrição significativa na admissão de novas pessoas para áreas de suporte; c) reequilíbrios internos entre áreas; d) a transferência para outros Sectores do Estado de profissionais menos necessários no Sector Saúde.

A principal excepção serão os Serventes de Unidades Sanitárias, cujo número deverá crescer moderadamente de 12.856 em 2015 para 14.912 em 2025.

Tabela 76 – Projecção de profissionais de suporte por ocupação

Ref	Ocupação	Necessidades			% de cumprimento			Efetivo 2015	Plano		Cresci- mento	% no total dos profissionais de suporte		
		2015	2020	2025	2015	2020	2025		2020	2025		2015	2020	2025
Nível superior														
113	Economista A	575	575	575	34%	31%	28%	198	177	162	-18%	1%	1%	1%
92	Biólogo A	295	311	311	97%	91%	93%	286	284	288	1%	1%	1%	1%
140	Técnico de Planificação A	262	262	262	124%	109%	100%	326	285	261	-20%	1%	1%	1%
93	Técnico superior de administração A	239	242	242	43%	47%	37%	103	113	89	-14%	0%	0%	0%
106	Jurista A	225	228	228	24%	23%	22%	55	53	51	-7%	0%	0%	0%
117	Técnico Pedagógico A	152	152	152	24%	32%	39%	36	48	60	67%	0%	0%	0%
114	Gestor de TICs A	135	190	267	20%	33%	39%	27	62	104	285%	0%	0%	0%
138	Docente N1	111	111	111	134%	116%	114%	149	129	127	-15%	1%	1%	1%
120	Documentalista A	52	52	52	256%	198%	192%	133	103	100	-25%	1%	0%	0%
134	Químico A	31	31	31	203%	197%	110%	63	61	34	-46%	0%	0%	0%
107	Técnico de Estatística A	29	29	29	183%	307%	414%	53	89	120	126%	0%	0%	1%
133	Sociólogo A	26	26	26	273%	254%	231%	71	66	60	-15%	0%	0%	0%
131	Auditor	22	22	22	27%	36%	41%	6	8	9	50%	0%	0%	0%
115	Inspector Superior	19	19	19	68%	89%	111%	13	17	21	62%	0%	0%	0%
121	Técnico de relações internacionais A	7	7	7	171%	229%	286%	12	16	20	67%	0%	0%	0%
132	Antropólogo A	7	7	7	429%	400%	371%	30	28	26	-13%	0%	0%	0%
139	Investigador	6	6	6	117%	117%	117%	7	7	7	%	0%	0%	0%
123	Arquitecto A	4	4	4	125%	125%	125%	5	5	5	%	0%	0%	0%
137	Engenheiro Electrotécnico A	3	3	3	200%	200%	167%	6	6	5	-17%	0%	0%	0%
122	Engenheiro civil A	2	2	2	200%	400%	550%	4	8	11	175%	0%	0%	0%
136	Técnico de Relações Públicas A	2	2	2	300%	300%	100%	6	6	2	-67%	0%	0%	0%
108	Técnico de acção social A	1	1	1	5200%	4600%	4100%	52	46	41	-21%	0%	0%	0%
Nível médio														
95	Técnico Administrativo C	4.137	4.516	4.939	98%	71%	36%	4.069	3.203	1.796	-56%	18%	14%	8%
94	Técnico Profissional em Administração Pública	1.923	1.948	1.948	57%	55%	51%	1.088	1.069	994	-9%	5%	5%	4%

Ref	Ocupação	Necessidades			% de cumprimento			Efetivo 2015	Plano		Cresci- mento	% no total dos profissionais de suporte		
		2015	2020	2025	2015	2020	2025		2020	2025		2015	2020	2025
111	Contabilista C	412	414	414	50%	41%	37%	207	168	154	-26%	1%	1%	1%
96	Técnico de Acção Social C	396	450	527	30%	26%	29%	120	117	152	27%	1%	1%	1%
112	Técnico de Manutenção C	272	282	282	73%	37%	13%	199	104	36	-82%	1%	0%	0%
119	Documentalista C	51	55	55	163%	153%	155%	83	84	85	2%	0%	0%	0%
104	Técnico de aprovisionamento C	28	28	28	96%	50%	25%	27	14	7	-74%	0%	0%	0%
135	Técnico aduaneiro C	5	5	5	120%	120%	120%	6	6	6	%	0%	0%	0%
116	Inspector Técnico	4	4	4	275%	375%	450%	11	15	18	64%	0%	0%	0%
118	Técnico Pedagógico C	1	1	1	100%	500%	1000%	1	5	10	900%	0%	0%	0%
109	Técnico de educação de infância C				-	-	-	23	9		-100%	0%	0%	0%
Nível elementar														
97	Servente de Unidades Sanitárias	11.748	14.580	17.280	109%	98%	86%	12.856	14.346	14.912	16%	58%	62%	66%
100	Condutor de Veículos de Serviço Público	2.924	3.206	3.516	30%	20%	14%	865	647	475	-45%	4%	3%	2%
98	Guarda	1.812	2.115	2.426	25%	31%	35%	461	656	839	82%	2%	3%	4%
99	Lavandeiro	868	1.140	1.450	8%	17%	23%	73	193	331	353%	0%	1%	1%
101	Cozinheiro	838	1.071	1.379	40%	44%	44%	333	468	601	80%	1%	2%	3%
125	Copeiro	695	935	1.243	9%	17%	22%	63	159	276	338%	0%	1%	1%
105	Carpinteiro	515	515	515	10%	9%	8%	52	47	43	-17%	0%	0%	0%
102	Jardineiro	130	192	269	30%	34%	35%	39	66	94	141%	0%	0%	0%
103	Costureiro	111	171	248	23%	28%	30%	25	48	74	196%	0%	0%	0%
110	Canalizador	45	47	47	116%	104%	98%	52	49	46	-12%	0%	0%	0%
124	Operário				-	-	-	35			-100%	0%	0%	0%
Total de profissionais de suporte		29.120	33.957	38.935	77%	68%	58%	22.329	23.090	22.552	22	100%	100%	100%

7.5.2 Projeções de profissionais de suporte por nível académico

Em 2025 o Sector não deve ter profissionais de suporte de nível básico. A maior parte dos profissionais de suporte são do nível elementar (essencialmente serventes de unidades sanitárias) e continuará a ser assim em 2025.

Tabela 77 – Projeção de profissionais de suporte por nível académico

Nível académico	Efectivo 2015	Plano		Crescimento	% no total de profissionais de saúde		
		2020	2025		2015	2020	2025
Superior	1.712	1.640	1.603	-6%	7%	7%	7%
Médio	2.913	3.112	3.258	12%	13%	13%	14%
Básico	2.476	1.437		-100%	11%	6%	0%
Elementar	15.841	17.184	17.691	12%	69%	74%	78%
Total	22.942	23.374	22.552	-2%	100%	100%	100%

7.6 PROECÇÕES DE FORMAÇÃO DE TÉCNICOS DE SAÚDE

Esta secção apresenta as projecções de profissionais **a graduar** por ano no sentido de cumprir integralmente com as projecções de RHS apresentadas nas secções anteriores.

7.6.1 Especialização médica

No sentido de reduzir a dependência de especialistas estrangeiros, o desafio da especialização médica de moçambicanos é grande. Projecta-se formar 673 especialistas moçambicanos nos próximos 10 anos, 77% dos quais entre 2021 e 2025. Dada a fraca ou inexistência de capacidade de formação em especialização médica de determinadas especialidades em Moçambique (ex.: subespecialidades pediátricas), prevê-se que 30% (202 de 673) deverão ser formados no estrangeiro.

Tabela 78 – Especialistas moçambicanos a graduar por ano

Especialidade	Local de formação	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Anestesiologia e Reanimação	Total						10	7	6	6	4	33
	No país						6	4	4	4	2	20
	Fora do país						4	3	2	2	2	13
Cirurgião	Total			8	5	5	13	12	13	13	11	80
	No país			3	2	2	5	5	5	5	4	31
	Fora do país			5	3	3	8	7	8	8	7	49
Cirurgião pediátrico	Total						1	1	1			3
	No país											
	Fora do país						1	1	1			3
Dermatologista	Total				2	2	2	3	2	3	3	17
	No país				2	2	2	2	2	2	2	14
	Fora do país							1		1	1	3
Ginecologista	Total		10	10	10	10	10	11	11	11	10	93
	No país		10	10	10	10	10	11	11	11	10	93
	Fora do país											
Imagiologia	Total			2	2	1	2	2	1	1	1	12
	No país											
	Fora do país			2	2	1	2	2	1	1	1	12
Internista	Total		3	5	5	5	6	6	8	8	8	54
	No país		3	5	5	5	6	6	8	8	8	54
	Fora do país											
Legista	Total			3	3	2	1	1	1	1	1	13
	No país			3	3	2	1	1	1	1	1	13
	Fora do país											
Microbiologista	Total						1	1	1			3
	No país											
	Fora do país						1	1	1			3
Neurologista	Total						2	1	1	1	1	6
	No país											
	Fora do país						2	1	1	1	1	6
Oftalmologista	Total			4	4	4	4	4	2	2	2	26
	No país			2	2	2	2	2	1	1	1	13
	Fora do país			2	2	2	2	2	1	1	1	13
Ortopedista	Total		3	3	1	1	3	3	2	3	4	23
	No país		2	2	1	1	2	1	1	2	2	14
	Fora do país		1	1			1	2	1	1	2	9
Otorrino	Total				2	2	2	2	3	3	3	17
	No país				2	2	2	2	2	2	2	14

Especialidade	Local de formação	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
	Fora do país								1	1	1	3
Patologista	Total		2	1	1	1	1	3	1	1	1	12
	No país		2	1	1	1	1	1	1	1	1	10
	Fora do país							2				2
Pediatra	Total				8	8	12	12	12	12	3	67
	No país				6	6	10	10	10	10	2	54
	Fora do país				2	2	2	2	2	2	1	13
Psiquiatra	Total					2	2	4	1	1	1	11
	No país					2	2	2	1	1	1	9
	Fora do país							2				2
Urologista	Total						2		1	1	1	5
	No país						1					1
	Fora do país						1		1	1	1	4
Neonatalogista	Total			1			1		1			3
	No país											
	Fora do país			1			1		1			3
Estomatologista	Total						1	2	1			4
	No país						1	1	1			3
	Fora do país							1				1
Hematologista	Total						1		1	1		3
	No país											
	Fora do país						1		1	1		3
Cardiologia	Total						2	4	4	4	4	18
	No país						2	3	3	3	3	14
	Fora do país							1	1	1	1	4
Gastroenterologia	Total					1	3	2	3	3		12
	No país					1	2	2	2	2		9
	Fora do país						1		1	1		3
Cirurgião plástico	Total						2		1	1	2	6
	No país											
	Fora do país						2		1	1	2	6
Cirurgião Torácico	Total						1				1	2
	No país											
	Fora do país						1				1	2
Neurocirurgião	Total					2	2	1	2	2		9
	No país					1	1	1	1	1		5
	Fora do país					1	1		1	1		4
Cirurgião Maxilo facial	Total						3	2	2	2	3	12
	No país						2	2	2	2	2	10
	Fora do país						1				1	2
Análise Clínicas	Total						1	1	1			3
	No país											
	Fora do país						1	1	1			3
Pneumologista	Total						1	2	2	2		7
	No país							1	1	1		3
	Fora do país						1	1	1	1		4
Oncologista	Total					1	2		2	2	2	9
	No país											
	Fora do país					1	2		2	2	2	9
Nefrologia	Total						1					1
	No país											

Especialidade	Local de formação	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
	Fora do país						1					1
	Total						1				1	2
Endocrinologia	No país											
	Fora do país						1				1	2
	Total				1	1	1	2	1			6
Doenças infecto-contagiosas	No país				1	1	1	1	1			5
	Fora do país							1				1
	Total									1	2	3
Geriatria	No país											
	Fora do país									1	2	3
	Total						1				1	2
Cirurgia vascular	No país						1				1	2
	Fora do país											
	Total									1		1
Cirurgia cardíaca	No país									1		1
	Fora do país											
	Total										2	2
Cuidados Intensivos pediátricos	No país										2	2
	Fora do país											
	Total										2	2
Cuidados Intensivos adultos	No país										2	2
	Fora do país											
	Total						1					1
Ortoprotésista	No país						1					1
	Fora do país											
	Total						1	2	1	1	1	6
Fisioterapia	No país						1	1	1	1	1	5
	Fora do país							1				1
	Total						1	3	4	6	7	21
Médico especialista em Medicina Familiar e Comunitária	No país						1	2	3	5	6	17
	Fora do país							1	1	1	1	4
	Total						1					1
Neurologia Pediátrica	No país						1					1
	Fora do país											
	Total						1					1
Hematooncologia Pediátrica	No país						1					1
	Fora do país											
	Total						1					1
Nefrologia Pediátrica	No país						1					1
	Fora do país											
	Total						1					1
Pneumologia Pediátrica	No país						1					1
	Fora do país											
	Total						1					1
Cardiologia Pediátrica	No país						1					1
	Fora do país											
	Total						1	2	1			4
Infeciologia Pediátrica	No país						1	1	1			3
	Fora do país							1				1
	Total						1				1	2

Especialidade	Local de formação	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Gastroenterologia Pediátrica	No país						1				1	2
	Fora do país											
Alergologia Pediátrica	Total						1				1	2
	No país						1				1	2
	Fora do país											
Genética pediátrica	Total						1					1
	No país						1					1
	Fora do país											
acupuntura	Total											
	No país											
	Fora do país											
Médico de Saúde Pública	Total				5	5	5	7	8	9	8	47
	No país				4	4	4	6	6	7	6	37
	Fora do país				1	1	1	1	2	2	2	10
logofoniatra	Total						1				1	2
	No país						1				1	2
	Fora do país											
Medicina Tradicional	Total											
	No país											
	Fora do país											
Total de médicos especialistas	Total		18	37	49	53	116	103	102	102	93	673
	No país		17	26	39	42	77	68	69	71	62	471
	Fora do país		1	11	10	11	39	35	33	31	31	202

7.6.2 Médicos e médicos dentistas

No sentido de melhorar o rácio de médicos por 100 mil habitantes dos actuais 7,8 (final de 2015) para 9,8 em 2025, o País necessita de passar de 1.218 para 1.997 médicos moçambicanos de clínica geral. Isto significa a entrada de 1.846 novos médicos de clínica geral no Sector nos próximos 10 anos (assumindo que há a necessidade de repor saídas naturais e que pelo menos 673 médicos deixarão entretanto de exercer como clínicos gerais e passarão a especialistas).

Por outro lado, o número de novos médicos dentistas a incorporar no Sector é bastante menor (149).

Tabela 79 – Médicos e médicos dentistas moçambicanos a graduar por ano

Ocupação	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Médico de Clínica Geral	46	151	217	171	198	208	231	249	225	149	1.846
Médico Dentista	10	16	21	17	17	12	15	17	14	10	149
Total	56	168	238	188	215	220	246	266	240	158	1.995

O MISAU, através da DRH, irá assegurar uma adequada comunicação com as Instituições Superiores de Formação em Saúde (públicas e privadas) no sentido de estas planearem a sua formação em linha com estas necessidades / prioridades.

7.6.3 Técnicos de saúde de nível médio

Para cumprir com os números anteriormente apresentados de projecção de técnicos de saúde, o País deverá graduar em formação inicial, perto de 20 mil profissionais (19.772) entre 2016 e 2025. Estes números referem-se à quantidade de graduados a produzir e a absorver pelo SNS⁵⁷.

É importante notar que este número (19.722) refere-se ao acumulado das IdF do MISAU e do Sector Privado. As projecções realizadas apontam para que 15% de 19.722 novos técnicos de nível médio a absorver deverão originar no Sector Privado⁵⁸. Novamente, o MISAU, através da DRH, deverá assegurar uma adequada comunicação com as Instituições privadas de Formação em Saúde (de nível médio) no sentido de estas planearem a sua formação em linha com estas necessidades / prioridades globais.

A tabela que se segue apresenta o número de técnicos de saúde de nível médio a graduar por ano (IdF do MISAU e do Sector Privado).

Tabela 80 – Técnicos de saúde de nível médio a graduar por ano (MISAU e Sector Privado)

Ocupação	Origem	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Técnico de Otorrino-laringologia	Total	3	7	12	8	10	8	11	14	11	7	91
	MISAU											
	Privado	3	7	12	8	10	8	11	14	11	7	91
Técnico de prótese - ortoprotesia	Total			25		8	5	6	9	8	4	65
	MISAU			25		8	5	6	9	8	4	65
	Privado											
Enfermeiro Geral	Total	493	685	805	356	481	365	532	645	594	383	5.338
	MISAU	468	575	314	285	361	274	399	387	386	364	3.813
	Privado	25	110	491	71	120	91	133	258	208	19	1.525
Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	Total	380	629	569	209	268	198	284	345	322	218	3.420
	MISAU	361	566	313	188	228	168	241	207	209	185	2.666
	Privado	19	63	256	21	40	30	43	138	113	33	754
Técnico de Medicina	Total	349	335	274		111	87	115	136	136	116	1.658
	MISAU	332	318	260		105	83	109	129	129	110	1.575
	Privado	17	17	14		6	4	6	7	7	6	83
Técnico de Medicina Preventiva	Total	211	229	160		74	58	71	79	78	71	1.031
	MISAU	211	229	160		74	58	71	79	78	71	1.031
	Privado											
Técnico de Farmácia	Total	188	160	160	175	201	173	210	237	228	177	1.909
	MISAU	188	160	160	175	201	173	210	237	228	177	1.909
	Privado											
Técnico de Laboratório C	Total	154	310	209		105	72	100	119	104	68	1.240
	MISAU	154	310	209		79	54	75	89	78	51	1.099
	Privado					26	18	25	30	26	17	141
Técnico de Anestesiologia	Total	21	97	43	4	47	26	43	50	39	14	384
	MISAU	21	97	43	4	47	26	43	50	39	14	384
	Privado											
Técnico de Instrumentação	Total	25	47	128		57		48	56	39	7	407
	MISAU	25	47	128		57		48	56	39	7	407
	Privado											
	Total			71	14	10	3	9	13	8	9	137
	MISAU			71	14	10	3	9	13	8	9	137

⁵⁷ Podem-se produzir mais, mas só vão ser absorvidos estes. Portanto, este seria o número mínimo a produzir para garantir das entradas de acordo com o plano (e máximo para assegurar eficiência).

⁵⁸ Este número poderá mudar caso os recém-graduados do Sector Privado tenham um desempenho melhor do que os graduados das IdF do MISAU no processo de selecção por concurso, a ser implementado a partir de 2017. Por conseguinte, os planos de formação das IdF do MISAU para os anos seguintes deverão ser ajustados regularmente face aos resultados dos concursos anuais.

Ocupação	Origem	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Técnico de Administração Hospitalar	Privado											
Técnico de Nutrição	Total	104	80	215	162	148	171	183	194	198	196	1.651
	MISAU	104	80	215	162	148	171	183	194	198	196	1.651
	Privado											
Técnico de Radiologia	Total		26	25	56	47	26	43	49	39	15	326
	MISAU		26	25	56	47	26	43	49	39	15	326
	Privado											
Técnico de Odontostomatologia	Total		56	108	14	20	52	58	60	30	60	459
	MISAU		28	54	7	10	26	29	30	15	30	229
	Privado		28	54	7	10	26	29	30	15	30	230
Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	Total	54	78	50		34	27	33	34	33	26	369
	MISAU	54	78	50		34	27	33	34	33	26	369
	Privado											
Técnico de Medicina Física e Reabilitação	Total		34	45	34	14	33	41	46	17	30	295
	MISAU		34	45	24	10	23	29	32	12	21	230
	Privado				10	4	10	12	14	5	9	65
Técnico de Oftalmologia	Total	23	25	27	3	21	17	21	24	21	15	197
	MISAU	23	25	27	3	21	17	21	24	21	15	197
	Privado											
Técnico de Tanatologia	Total	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	56
	MISAU											
	Privado	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	56
Técnico de prótese - Prótese dentária	Total		1	1			1		1		1	6
	MISAU											
	Privado		1	1			1		1		1	6
Técnico de estatística sanitária	Total	74	130	37		35	32	37	40	38	33	456
	MISAU	74	130	37		35	32	37	40	38	33	456
	Privado											
Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	Total	26	25	24		22	21	32	39	41	36	266
	MISAU	26	25	24		22	21	32	39	41	36	266
	Privado											
Ortoptistas	Total		1			1			1			3
	MISAU											
	Privado		1			1			1			3
Ópticos	Total	1		1	1		1	1		1		7
	MISAU											
	Privado	1		1	1		1	1		1		7
Total	Total	2.111	2.959	2.994	1.042	1.721	1.383	1.883	2.196	1.991	1.492	19.772
	MISAU	2.041	2.728	2.160	918	1.497	1.187	1.618	1.698	1.599	1.364	16.810
	Privado	70	231	834	124	224	196	265	498	392	128	2.962

7.6.4 Formação de promoção (requalificações)

Para além da formação inicial no nível médio (Secção anterior), e em linha com a estratégia de eliminar gradualmente técnicos do nível básico e elementar, uma parte importante do plano de de formação das IdF do MISAU para os próximos 10 anos é requalificar os actuais técnicos de nível elementar e básico (pelo menos 70% dos actuais com idade igual ou inferior a 42 anos e, portanto, com potencial de requalificação).

Assim, estima-se que 17.002 técnicos de saúde deverão passar, nos próximos 10 anos por formações de requalificação para o nível médio. O Sector Privado poderá contribuir com uma parte deste processo. Estima-se aqui que 16,5% dos técnicos de nível básico e elementar poderão realizar a requalificação em instituições do Sector Privado.

Tabela 81 – Formação de promoção (graduados de nível médio para requalificação)

Ocupação	Origem	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	Total	380	629	569	209	268	198	284	345	322	218	3.420
	IDF	361	566	313	188	228	168	241	207	209	185	2.666
	Privado	19	63	256	21	40	30	43	138	113	33	754
Enfermeiro Geral	Total	493	685	805	356	481	365	532	645	594	383	5.338
	IDF	468	575	314	285	361	274	399	387	386	364	3.813
	Privado	25	110	491	71	120	91	133	258	208	19	1.525
Técnico de Farmácia	Total	188	160	160	175	201	173	210	237	228	177	1.909
	IDF	188	160	160	175	201	173	210	237	228	177	1.909
	Privado											
Técnico de Laboratório C	Total	154	310	209		105	72	100	119	104	68	1.240
	IDF	154	310	209		79	54	75	89	78	51	1.099
	Privado					26	18	25	30	26	17	141
Técnico de Medicina	Total	349	335	274		111	87	115	136	136	116	1.658
	IDF	332	318	260		105	83	109	129	129	110	1.575
	Privado	17	17	14		6	4	6	7	7	6	83
Técnico de Medicina Física e Reabilitação	Total		34	45	34	14	33	41	46	17	30	295
	IDF		34	45	24	10	23	29	32	12	21	230
	Privado				10	4	10	12	14	5	9	65
Técnico de Medicina Preventiva	Total	211	229	160		74	58	71	79	78	71	1.031
	IDF	211	229	160		74	58	71	79	78	71	1.031
	Privado											
Técnico de Nutrição	Total	104	80	215	162	148	171	183	194	198	196	1.651
	IDF	104	80	215	162	148	171	183	194	198	196	1.651
	Privado											
Técnico de Odonto-estomatologia	Total		56	108	14	20	52	58	60	30	60	459
	IDF		28	54	7	10	26	29	30	15	30	229
	Privado		28	54	7	10	26	29	30	15	30	230
Total	Total	1.879	2.517	2.545	950	1.423	1.209	1.593	1.860	1.706	1.318	17.00 ₂
	IDF	1.818	2.300	1.730	841	1.216	1.030	1.346	1.384	1.333	1.205	14.20 ₃
	Privado	61	217	815	109	207	179	247	476	373	113	2.799

8 ORGANIZAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PNDRHS

Um dos principais riscos de qualquer plano é *um baixo de nível de implementação*. No sentido de mitigar este risco, são identificados abaixo riscos mais específicos (que podem contribuir para um baixo nível de implementação). Decorrente destes riscos mais específicos, é estabelecido um plano de actividades para a criação de condições (prévias e outras) para alavancar a implementação das iniciativas estratégicas previstas neste PNDRHS.

8.1 PRINCIPAIS RISCOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PNDRHS

Os principais riscos que podem contribuir para um baixo nível de implementação do PNDRHS bem como a probabilidade de ocorrência e nível de impacto negativo apresentam-se de seguida:

- **Pouca energia para o foco estratégico tendo em conta as urgências do dia-a-dia (probabilidade média-alta; impacto alto).** A implementação de um Plano Estratégico requer que se coloque energia adicional para a sua implementação ao mesmo tempo que se mantém a funcionar a operação do dia-a-dia. Existe sempre o risco de não haver energia adicional para se colocar na implementação do PNDRHS.
- **Pouco conhecimento e apropriação do PNDRHS por intervenientes-chave em todos os níveis de gestão do Sector Saúde (probabilidade alta; impacto médio alto).** Uma das fragilidades identificadas na Avaliação do PNDRHS 2008-2015 foi o pouco conhecimento na DRH mas especialmente a nível provincial e local das directrizes do PNDRHS. Este fraco conhecimento que leva a pouca apropriação da orientação estratégica dificulta que, no dia-a-dia, o rumo das actividades mantenha a direcção estratégica estabelecida no PNDRHS.
- **Não concretização do espaço fiscal requerido pelo PNDRHS e pelas suas iniciativas (probabilidade média alta; impacto médio alto).** Como se pode ver no Capítulo 9 da Expressão Financeira, este PNDRHS estabelece três tipos de necessidades financeiras: a) despesas com profissionais de saúde, b) investimento em actividades de fortalecimento da gestão (AT para implementação das iniciativas estratégicas que a requeiram); c) custos com formação, d) despesas adicionais com a implementação da estratégia de descompressão salarial no nível médio. Perante o actual cenário económico e fiscal em Moçambique, ainda que os Sectores Sociais sejam prioridade do Governo, haverá maior dificuldade de assegurar o nível necessário de recursos financeiros.
- **Pouco apoio de parceiros de cooperação para o fortalecimento da Gestão de RHS, que é um dos aspectos chave deste PNDRHS (probabilidade média; impacto médio alto).** Este PNDRHS faz grande ênfase na necessidade de fortalecer os sistemas e processos de gestão bem como capacitar os próprios gestores (da Saúde e dos RHS). Face a revisão de prioridades de financiamento, existe sempre um risco de que estas actividades, que normalmente requerem Assistência Técnica, sejam colocadas numa segunda prioridade.
- **Desactualização do PNDRHS após 3 ou 4 anos (probabilidade média alta; impacto médio alto).** Três ou quatro anos a partir da sua elaboração, o PNDRHS pode facilmente tornar-se *irrelevante* por ficar desajustado à realidade do momento. Esse desajuste pode resultar da não actualização periódica e regular do PNDRHS, ou seja: a) não eliminação de actividades do PNDRHS que deixaram de ser relevantes face a uma nova dinâmica e realidade do País, e b) não inclusão no PNDRHS de novas actividades relevantes face a uma nova dinâmica e realidade do País. O desajuste pode também dever-se a atrasos na implementação de actividades e não reprogramação (tal como aconteceu com o PNDRHS 2008-2015).

8.2 FACTORES CRÍTICOS DE SUCESSO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PNDRHS: UM PLANO ADICIONAL

Tendo em consideração os riscos apresentados na secção anterior, apresenta agora de seguida Factores Críticos para o Sucesso da implementação do PNDRHS, bem como um “Plano Adicional” que concretize estes factores.

Tabela 82 – Factores Críticos de Sucesso para Implementação do PNDRHS e Plano Adicional

Riscos	Factores Crítico de Sucesso	Plano Adicional: actividades para alavancar a implementação do PNDRHS	Prazo	Responsável e Participantes	Requer AT?
Pouca energia para o foco estratégico tendo em conta as urgências do dia-a-dia	Manter um foco estratégico no Desenvolvimento dos RHS	49.Criação de uma Unidade de Gestão Estratégica de RHS na DRH, responsável pela implementação do PNDRHS. Esta Unidade irá assegurar o planeamento operacional, a monitoria, a coordenação, a integração e a coerência necessária para a implementação das Iniciativas Estratégicas.	Até Dezembro de 2016	DRH	Sim
		50.Criação de um Comité inter-departamental dentro do MISAU para acompanhamento da implementação do PNDRHS com participação de gestores séniores.	Até Dezembro de 2016	DRH <i>Outros Sectores</i>	Não
		51.Definição dos responsáveis internos na DRH por cada uma das Iniciativas Estratégicas. Serão os “guardiões” das Iniciativas do PNDRHS.	Até Dezembro de 2016	DRH	Não
Pouco conhecimento e apropriação do PNDRHS por intervenientes chave	Fazer conhecer o PNDRHS a todos os níveis de gestão do Sector	52.Aprovação do PNDRHS pela Direcção do MISAU por forma a dar força institucional ao documento.	Até Dezembro de 2016	DRH	Não
		53.Produção de uma versão editada e mais sumariada do PNDRHS que seja mais amigável para leitura.	Até Março de 2017	DRH	Sim
		54.Realização de <i>road-shows</i> do PNDRHS por todas as Áreas Funcionais do MISAU, DPS e SDSMAS. Esta actividade deverá ser feita em 2016 e depois bianalmente (para refrescamento).	Até Março de 2017 Bianal a partir de 2017	DRH	Não
Não concretização do espaço fiscal requerido pelo PNDRHS e pelas suas iniciativas	Assegurar recursos financeiros	55.Preparação adequada e realização anual de encontros a alto nível como o MEF para que sejam assegurados os recursos financeiros necessários para o alcance das metas de técnicos de saúde definidos no PNDRHS e também para a implementação da estratégia de descompressão salarial dos técnicos de saúde de nível médio.	Anualmente	DRH <i>DAF, DPC</i>	Não
Pouco apoio de parceiros de cooperação para o fortalecimento da Gestão de RHS, que é um dos aspectos chave deste PNDRHS	Fortalecer as relações de parceria	56.Elaboração, contactos e negociação de um Programa (ou Fundo) Integrado de Financiamento e Assistência Técnica à implementação das iniciativas estratégicas deste PNDRHS.	2016-2017	DRH <i>DPC</i>	Sim
Desactualização do PNDRHS após 3 ou 4 anos	Manter vivo o PNDRHS	57.Inclusão no PES e no Orçamento anual das Iniciativas Estratégicas e Actividades previstas para o ano em causa (bem como as actividades não realizadas nos anos anteriores).	Anual	DRH <i>DAF</i>	Não
		58.Formatão do Relatório da DRH para que seja reportado o nível de alcance dos indicadores e metas definidos no PNDRHS, implementação das Iniciativas Estratégicas e Actividades previstas no PNDRHS. <u>É fundamental o estabelecimento de uma base de dados e um plano para monitoria e avaliação periódica dos indicadores e metas do PNDRHS.</u>	2017 para o Relatório do ano de 2016 e depois anual	DRH	Sim
		59.Realização de uma revisão bianal à matriz de indicadores e de iniciativas estratégicas do PNDRHS	Bianal	DRH	Sim
		60.Inclusão das metas e iniciativas estratégicas previstas no PNDRHS no próximo PESS 2020-2024	2018	DRH	Não

9 EXPRESSÃO FINANCEIRA DO PNDRHS

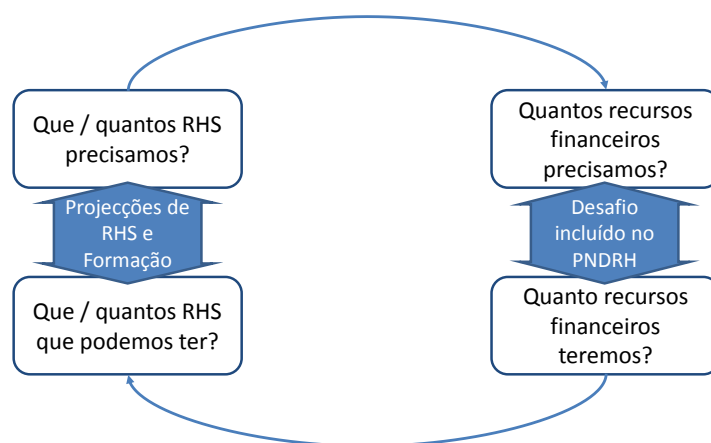
9.1 PRESSUPOSTOS DE ORÇAMENTAÇÃO

9.1.1 Princípio e abordagem

Para que se aumente a probabilidade de implementação, é fundamental que qualquer Plano tenha um nível de custeio realista, mas ao mesmo tempo desafiante. A modelação realizada para a projecção de RHS (já apresentada no Capítulo 7) e o seu custo teve em consideração a necessidade de reflectir em duas direcções:

- A das necessidades: “Que / quantos RHS *precisamos* e, portanto, que recursos financeiros *precisamos*?”. Este PNDRHS inclui metas de aumento do espaço fiscal para as despesas com RHS.
- A do reconhecimento de um espaço fiscal realista: “Quanto recursos financeiros *teremos* e, portanto, que / quantos RHS *podemos ter*”. Este PNDRHS inclui metas em termos de projecções de RHS tendo em consideração um “cenário escolhido”, que é um cenário intermédio dos três cenários elaborados e discutidos.

Figura 14 – Desafio entre necessidades de RHS e um espaço fiscal realista



O reconhecimento do desafio na relação entre o que “precisamos” e o que “podemos ter” levou à elaboração de três cenários para o pacote orçamental, apresentados na secção seguinte.

9.1.2 Pressupostos macroeconómicos e de espaço fiscal para os RHS em três cenários

Histórico

Em termos nominais, as despesas com o pessoal da Saúde (financiamento do Orçamento do Estado) cresceram 247% entre 2011 e 2015 (de 1,6 para 5,7 mil milhões de Meticais).

Tabela 83 – Evolução do OE e Despesas com Pessoal da Saúde entre 2011 e 2015

Ano	Execução Despesas com Pessoal (MT)	Orçamento do Estado (MT)	DP/OE	OE/PIB	DP/PIB
2015 (Total)	6.900.000.000	226.425.059.000	3,05%	38%	1,17%
2015 (OE)	5.693.217.000	226.425.059.000	2,51%	38%	0,96%
2014 (OE)	2.808.860.000	249.093.761.440	1,13%	47%	0,53%
2013 (OE)	2.308.696.000	188.719.843.510	1,22%	39%	0,48%
2012 (OE)	1.982.590.000	163.035.400.460	1,22%	38%	0,46%
2011 (OE)	1.636.462.000	141.757.225.790	1,15%	37%	0,43%

O crescimento das Despesas com os RHS como uma proporção do Orçamento do Estado (OE) e do Produto Interno Bruto (PIB) é também importante de se notar:

- a) Entre 2011 e 2015, as Despesas com os RHS passaram de 1,15% para 2,51% do OE (117% de crescimento).
- b) Entre 2011 e 2015, as Despesas com os RHS passaram de 0,43% para 0,96% do PIB (124% de crescimento).

Tal como já referido na Secção 4.2.5 da Análise Situacional, os parceiros de cooperação contribuem com uma parte importante das despesas com pessoal (17,5% do total das Despesas com RHS em 2015 foram financiadas por parceiros de cooperação). Caso o OE fosse a absorver esta comparticipação dos parceiros, as Despesas com os RHS deveriam representar 3,05% do OE em 2015 (ao invés dos 2,51%).

Cenários

A evolução do espaço fiscal para as Despesas com os RHS depende de quatro pressupostos: a) evolução do PIB (que depende de vários factores internos e externos); b) % do PIB que será considerada como limite de despesas do Estado (OE) que depende do nível de austeridade que será decidida pelo Estado; c) subsequente evolução do OE; d) priorização que será dada aos RHS como proporção do OE e, não menos importante; e) evolução da contribuição do ProSaúde nos RHS (principal fonte externa).

Tabela 84 – Pressupostos de três cenários macroeconómicos, fiscais e de despesas com RHS

Pressupostos	Cenário pessimista	Cenário médio	Cenário optimista
Crescimento anual médio do PIB entre 2016-2025 ⁵⁹	4,0%	5,0%	6,5%
Rácio OE/PIB médio, todos os anos, até 2025	37%	38%	40%
Rácio DP/OE médio, todos os anos, até 2025	2,51%	4,00%	4,50%
Contribuição do ProSaúde	10%	14%	18%
PIB em 2025 (Meticais)	876.340.002.316	964.344.558.224	1.111.310.252.924
OE em 2025 (Meticais)	324.245.800.857	366.450.932.125	444.524.101.170
Total de DP em 2025	9.042.855.113	17.044.229.401	24.394.615.308
OE (em 2025)	8.138.569.602	14.658.037.285	20.003.584.553
ProSaúde (em 2025)	904.285.511	2.386.192.116	4.391.030.755

Como se pode observar, assumindo estes cenários, o total da Despesas com Pessoal em 2025 podem variar bastante: entre 9 e 24,4 mil milhões de Meticais. Parece que é sempre viável encontrar um cenário intermédio e razoável, que é apresentado na secção que se segue.

9.1.3 Cenário escolhido: médio evolutivo

Esta secção apresenta o cenário *médio evolutivo*, escolhido para determinação do *cap* razoável a considerar nas projecções de RHS e do seu orçamento. Ainda que este Capítulo da Expressão Financeira esteja no final do PND RHS (estrutura convencional em documentos de planeamento), as projecções de RHS apresentadas no Capítulo 7 já consideram os limites resultantes deste cenário *médio evolutivo*.

⁵⁹ Em Maio de 2015, as projecções do Banco Mundial e do FMI para o crescimento económico em Moçambique era: 6% e 6,8% para 2015 e 2016 respectivamente (FMI), 7,2% para 2018 (Banco Mundial).

Tabela 85 – Pressupostos macroeconômicos, fiscais e de espaço fiscal para os RHS do cenário escolhido: cenário médio evolutivo

Cenário Médio Evolutivo	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
% de crescimento do PIB	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%
OE / PIB	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%	36%
PIB	621.625.100.537	652.706.355.564	685.341.673.342	719.608.757.009	755.589.194.860	793.368.654.603	833.037.087.333	874.688.941.700	918.423.388.784	964.344.558.224
Orçamento do Estado	223.785.036.193	234.974.288.003	246.723.002.403	259.059.152.523	272.012.110.150	285.612.715.657	299.893.351.440	314.888.019.012	330.632.419.962	347.164.040.961
Despesas com Pessoal da Saúde	7.247.009.828	7.936.050.850	8.664.619.912	9.434.956.888	10.249.417.717	11.110.480.710	12.020.753.150	12.982.978.226	14.000.042.302	15.074.982.549
<i>Financiadas pelo Orçamento do Estado</i>	5.979.536.167	6.659.171.322	7.391.821.152	8.181.088.037	9.030.802.057	9.945.034.759	10.928.113.726	11.984.638.004	13.119.494.424	14.337.874.892
	82,51%	83,91%	85,31%	86,71%	88,11%	89,51%	90,91%	92,31%	93,71%	95,11%
<i>Financiadas pelo ProSaúde</i>	1.267.473.661	1.276.879.528	1.272.798.760	1.253.868.851	1.218.615.660	1.165.445.951	1.092.639.424	998.340.223	880.547.878	737.107.658
	17,49%	16,09%	14,69%	13,29%	11,89%	10,49%	9,09%	7,69%	6,29%	4,89%
% do OE dedicado a Despesas com Pessoal da Saúde	2,67%	2,83%	3,00%	3,16%	3,32%	3,48%	3,64%	3,81%	3,97%	4,13%

Como se pode observar na tabela anterior, este cenário assume que a % de crescimento média do PIB será de 5% ao longo dos 10 anos e que, em linha com a expectativa de maior austeridade na despesa pública, o OE representará 36% do PIB ao longo destes anos.

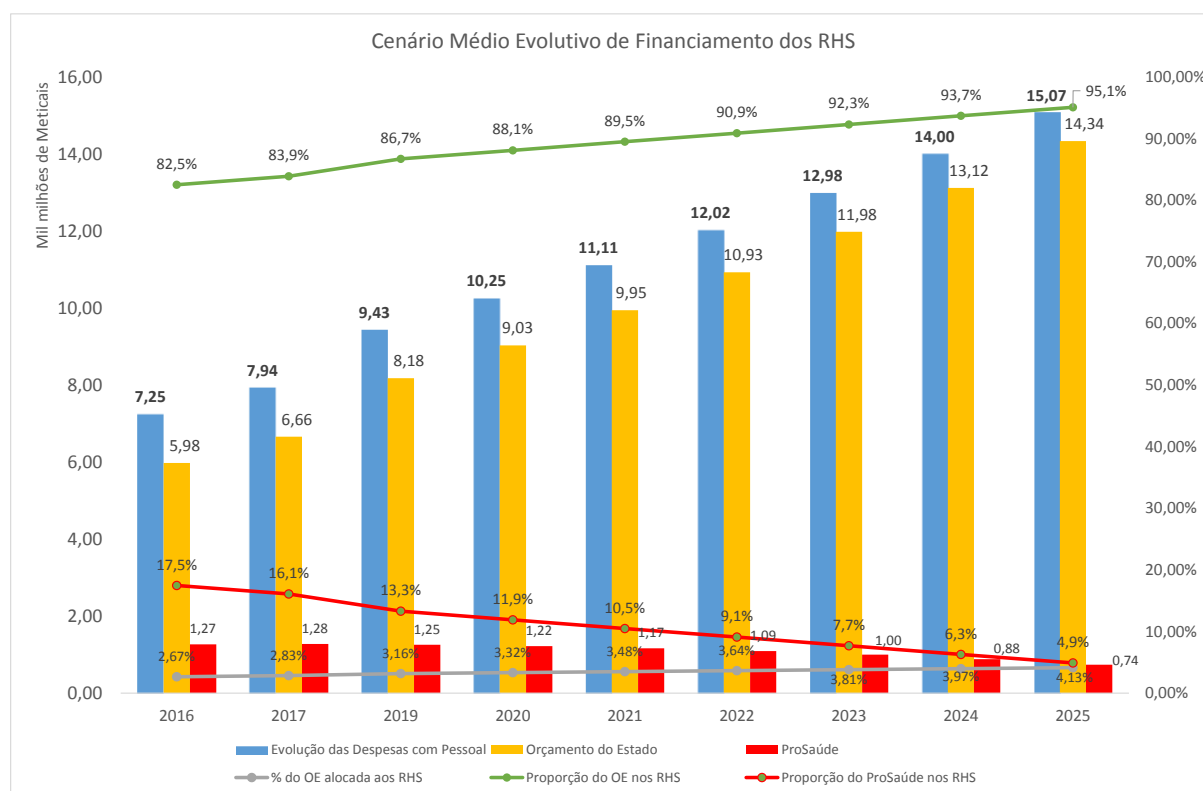
Este cenário assume **dois princípios: a) maior importância e prioridade das Despesas com os RHS na Despesa Pública; b) maior absorção da responsabilidade pelos RHS no Orçamento do Estado e uma redução gradual do financiamento de parceiros no financiamento dos RHS.**

Materializando estes princípios, assume-se dois importantes pressupostos globais:

- A % do OE dedicado a Despesas com Pessoal da Saúde vai aumentar gradualmente de 2,51% em 2015 para 4,13% em 2025, significando uma maior importância e prioridade aos RHS no Orçamento do Estado;
- A % de contribuição do OE no total das Despesas com o Pessoal da Saúde irá aumentar de 82,5% (2015 e 2016) para 95,1% em (2025). Consequentemente, o peso dos parceiros irá reduzir de 17,5% (2015 e 2016) para 4,9% (2025).

A ilustração visual do resultado destes pressupostos apresenta-se na figura seguinte.

Figura 15 – Evolução de Despesas com RHS e seu financiamento no cenário escolhido



Como se pode ver, o efeito resultante é a projecção da evolução das Despesas com RHS de cerca de 6,9 para 15,1 mil milhões de Meticais (de 2015 para 2025). Destes, espera-se que a contribuição do Orçamento de Estado nas Despesas com RHS evolua de 5,7 (2015) para 14,34 mil milhões de Meticais (2025).

É importante ressaltar que esta projecção é para **efeitos de remuneração dos RHS nacionais**. Ou seja, este envelope não inclui cinco linhas adicionais, necessárias para uma implementação completa do PNDRHS: a) custo com uma *maior* descompressão salarial dos técnicos de nível médio, b) remuneração de médicos especialistas estrangeiros, c) custo com especialização médica em Moçambique e no exterior; d) orçamento de IdFs do MISAU, e e) Consultoria e Assistência Técnica.

9.1.4 Pressupostos de custeio das despesas com pessoal nacional e estrangeiro

Remuneração e seu crescimento (pessoal nacional). Para efeitos deste PNDRHS (projectão de RHS e respectiva expressão financeira), considerou-se o salário bruto (incluindo os subsídios) médio **para cada ocupação** (de Janeiro de 2016). A tabela seguinte apresenta estes salários de forma sumarizada (média por ocupação):

Tabela 86 – Salários médios considerados para 2016 (Meticais)

Nível académico	Técnicos de saúde	Profissionais de suporte
Superior ME	66.525,00	0,00
Superior	27.677,00	28.599,00
Médio	12.414,00	9.914,00
Básico	7.467,00	5.634,00
Elementar	5.495,00	4.482,00

Para os anos seguintes (2017 a 2025), considerou-se uma taxa média de crescimento anual dos salários brutos de predominante (moda) é de 3%.

Descompressão salarial no nível médio. No âmbito do planeamento da implementação desta estratégica, dentro do pacote do cenário escolhido (*médio evolutivo*), as projecções consideram um crescimento de 10% no salário dos técnicos de saúde de *nível médio* durante três anos consecutivos por forma a iniciar uma “descompressão salarial”. Esta descompressão (utilizada dentro do quadro do cenário orçamental “médio” permite reduzir o rácio salário nível superior / (médio) dos actuais 1 / (2,7) para 1 / (2,3) em 2025.

No entanto, esta descompressão não é suficiente para reduzir o fenómeno da formação superior descontrolada (já discutida na Análise Situacional). Assim, nas projecções de custo é introduzida uma linha “suplementar” que assume a negociação e a concretização de uma descompressão salarial maior em que o rácio do salário nível superior / (médio) passa para 1 / (1,4) em 2025. Esta descompressão teria como pressuposto um aumento anual de 25% no salário médio dos técnicos de saúde durante 4 anos sucessivos (2019 a 2020). O custo total resultante, como se pode ver na Tabela 89, não encaixa no pacote orçamental do cenário escolhido (médio evolutivo), pelo que requer um espaço fiscal *adicional* para a sua concretização.

Salários e seu crescimento (pessoal estrangeiro). Para efeitos deste PNDRHS, considerou-se o salário médio mensal para os médicos especialistas estrangeiros equivalente a USD 2.000 em 2016. Na conversão para a moeda nacional considerou-se uma taxa de câmbio de 60,5 Meticais por USD em 2016 e uma taxa média anual de depreciação do metical de 10% entre 2016 e 2025.

9.1.5 Pressupostos de custeio de formação

Para efeitos desta projecção, considerou-se 3 níveis de formação (médio;

Especialização médica em Moçambique. Para a especialização médica em Moçambique, assume-se um custo de um milhão de Meticais com o estágio que os formandos em especialização médica fazem no último ano.

Especialização médica no Estrangeiro. Para a especialização médica de moçambicanos no estrangeiro, assumiu-se o custo total de 70 mil USD por graduado (distribuídos ao longo de uma média de quatro anos de formação).

Formação de médicos, médicos dentistas e técnicos de saúde de nível superior. As projecções de orçamento assumem custo zero com a formação nestas ocupações dado que são os mesmos são formados e graduados por instituições de ensino superior (públicas e privadas) fora do Sector Saúde. Ainda que a formação de parte destes constitua despesa pública, o MISAU não incorre em custos *directos* com a sua formação.

Formação de técnicos de saúde de nível médio nas IdF. Para efeitos de projecção do orçamento das IdF, é importante considerar que:

- O seu orçamento total em 2015 foi de 515,6 milhões de Meticais (cerca de 10 milhões de USD ao câmbio médio de 50 MT no ano de 2015).
- Como já explicado em detalhe na Secção 4.2.2 da Análise Situacional, o orçamento por graduado em termos *reais* (considerando o efeito da inflação) reduziu quase para metade entre 2008 e 2015.
- Existem projecções específicas para o plano (metas) e contratação de técnicos de saúde de nível médio entre 2016 e 2025, apresentadas no Capítulo 7 deste PNDRHS, e que resultam em números concretos de graduados (e por conseguinte estudantes). Estes números estão sistematizados nas primeiras duas linhas da tabela abaixo.
- É importante melhorar os indicadores *proxy* da qualidade de formação (apresentados na tabela que se segue) e aumentar o orçamento *real* (não nominal) alocado por estudante de IdF.

Tabela 87 – Pressupostos de custeio de formação

Indicadores	2014	2015	2020	2025
Estudantes	7.249	6.929	4.271	2.714
Graduados	3.599	3.822	2.620	1.357
Docentes efectivos	410	476	534	679
Número de cursos	238	234	214	170
Rácio docentes / curso	1,7	2,0	2,5	4,0
Rácio docentes / estudante	1/18	1/15	1/8	1/4
Rácio estudante / curso	30	30	20	16

1.000 MT

Orçamento	2014	2015	2020	2025
Orçamento das IdF	476.600	515.600	640.650	814.200
Orçamento das IdF / curso	2.003	2.203	3.000	4.800
Orçamento das IdF / estudante	65,7	74,4	150	300

Assim, por forma a alcançar-se um orçamento por estudante de 300 mil Meticais ano (74.400 Meticais em 2015), estima-se um Orçamento para as IdF de 640,6 milhões de Meticais e 814,2 milhões de Meticais em 2020 e 2025 respectivamente.

Técnicos de saúde de nível formados em outras instituições de ensino médio em Saúde. As projecções de orçamento assumem custo zero com a formação de técnicos de saúde de nível médio formados e graduados por instituições privadas de ensino técnico médio. O MISAU não incorre em custos *directos* com a sua formação.

9.1.6 Pressupostos de custeio de Assistência Técnica (nível central)

Pelo menos metade das Iniciativas Estratégicas previstas no PNDRHS requerem de um *input* importante de Consultoria de Curta Duração ou Assistência Técnica (AT) de Média-Longa duração para a sua concretização⁶⁰. Assume-se o pressuposto de a área de RH irá necessitar dos recursos de AT como se apresenta de seguida.

Tabela 88 – Pressupostos de Assistência Técnica (nível central DRH)

Tipologia de AT	Unidade	Quantidade requerida										
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Consultoria de Curta Duração	Meses / ano	24	24	24	24	12	12	12	12	12	12	168
Assistência Técnica de Longa Duração - Gestão	Assessores Sêniores / mês	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	32
	Assessores / mês	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	24
Assistência Técnica de Longa Duração - Formação	Assessores Sêniores / mês	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	32
	Assessores / mês	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	24

Como se pode observar, assume-se uma maior necessidade de Consultoria e AT entre 2016 e 2019 e uma redução gradual a partir de 2020. Esta redução gradual assume que entre 2016 e 2019 será estabelecido e implementado um plano consistente de transferência de conhecimento da AT para a DRH por forma a melhorar a sustentabilidade técnica do desenvolvimento futuro da Gestão e da Formação dos RHS.

9.2 CUSTO FINANCEIRO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PNDRHS

9.2.1 Global

O custo financeiro para a implementação deste PNDRHS pode ser dividido em 3 grandes blocos: a) remuneração; b) formação de técnicos de saúde; c) assistência técnica de apoio ao desenvolvimento estratégico da Gestão do RHS. A sistematização de custos, tendo em consideração os pressupostos apresentados acima, apresenta-se na tabela seguinte:

⁶⁰ Todas as actividades que requerem AT estão identificadas no Capítulo 6.

Tabela 89 – Custo total para a implementação do PNDRHS (Meticaís e sumário em USD)

Linha Orçamental		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Remunerações	Despesas com Pessoal nacional no cenário médio evolutivo	6.845.730.761	7.427.529.746	8.230.422.978	9.172.988.327	10.097.993.000	11.173.268.683	11.978.644.361	12.953.379.665	13.982.067.432	15.103.970.597
	Descompressão salarial adicional nos técnicos de saúde de nível médio				490.178.397	1.257.263.048	2.422.478.102	4.523.528.956	5.077.270.614	5.672.817.244	6.220.908.862
	Médicos especialistas	379.470.000	428.967.000	510.704.210	613.694.849	725.024.910	829.128.122	902.579.686	956.622.802	1.005.327.975	1.052.650.988
Formação	Instituições de Formação do MISAU	540.610.000	565.620.000	590.630.000	615.640.000	640.650.000	675.360.000	710.070.000	744.780.000	779.490.000	814.200.000
	Especialização médica no País	24.600.000	37.200.000	55.200.000	67.800.000	76.800.000	85.500.000	81.000.000	102.214.286	112.478.571	122.742.857
	Especialização médica fora do País	21.175.000	31.762.500	68.337.500	91.437.500	113.575.000	132.825.000	125.125.000	163.350.000	183.321.875	203.293.750
Desenvolvimento Estratégico	Assistência Técnica	71.148.000	78.262.800	86.089.080	94.697.988	65.902.069	72.492.276	79.741.504	87.715.654	80.924.765	89.017.241
	Custos logísticos com implementação das Iniciativas Estratégicas	9.075.000	9.982.500	10.980.750	12.078.825	13.286.708	14.615.378	16.076.916	17.684.608	19.453.068	21.398.375
Total	Meticaís	7.891.808.761	8.579.324.546	9.552.364.518	11.158.515.886	12.990.494.735	15.405.667.561	18.416.766.423	20.103.017.629	21.835.880.930	23.628.182.671
	USD	\$130.443.120	\$128.915.470	\$130.487.870	\$138.571.209	\$146.655.912	\$158.110.868	\$171.831.149	\$170.512.838	\$168.373.547	\$165.630.678

9.2.2 Detalhe das Despesas com Pessoal

Este PDNRHS prevê que a maior parte do orçamento para remuneração continuará a ser canalizada para os técnicos de saúde, passando de 71% em 2015 para 84% EM 2025. Este PDNRHS projecta um crescimento anual médio de orçamento para remuneração de pessoal em 10%. Este aumento é resultante de uma combinação de aumento médio anual de número de funcionários de 4% e de uma taxa de crescimento anual médio de remuneração dos técnicos de saúde superior a dos profissionais de saúde, resultante da política de descompressão salarial entre o nível médio e superior para os técnicos de saúde.

Tabela 90 – Despesas com remuneração de pessoal

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Valores em Meticais										
Regime Especial de Saúde	5.155.846.949	5.749.563.541	6.500.901.030	7.490.365.115	8.474.433.689	9.601.162.884	10.464.950.233	11.436.134.812	12.473.840.788	13.545.128.778
<i>Nacional</i>	4.776.376.949	5.320.596.541	5.990.196.821	6.876.670.266	7.749.408.779	8.772.034.762	9.562.370.547	10.479.512.010	11.468.512.813	12.492.477.790
<i>Estrangeiro</i>	379.470.000	428.967.000	510.704.210	613.694.849	725.024.910	829.128.122	902.579.686	956.622.802	1.005.327.975	1.052.650.988
Outros Regimes	2.069.353.812	2.106.933.206	2.240.226.158	2.296.318.061	2.348.584.221	2.401.233.921	2.416.273.814	2.473.867.656	2.513.554.619	2.611.492.807
Total	7.225.200.761	7.856.496.746	8.741.127.188	9.786.683.176	10.823.017.910	12.002.396.805	12.881.224.047	13.910.002.467	14.987.395.407	16.156.621.585
% na remuneração total										
Regime Especial de Saúde	71%	73%	74%	77%	78%	80%	81%	82%	83%	84%
<i>Nacional</i>	66%	68%	69%	70%	72%	73%	74%	75%	77%	77%
<i>Estrangeiro</i>	5%	5%	6%	6%	7%	7%	7%	7%	7%	7%
Outros Regimes	29%	27%	26%	23%	22%	20%	19%	18%	17%	16%

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agenda de 2025. Visão Estratégica da Nação. Novembro de 2003. Maputo. República de Moçambique.
- Banco Mundial (2012). Education Reform in Mozambique *Lessons and Challenges* acedido através de <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/6021/683610PUB0EPI0067902B09780821389751.pdf?sequence=1> em 27 de Junho de 2016.
- CESC (2014a). Relatório Distrital de Cartão de Pontuação Comunitária do Distrito de Guijá em 2014.
- CESC (2014b). Relatório Distrital de Cartão de Pontuação Comunitária do Distrito de Chibuto em 2014.
- CESC (2014c). Relatório Distrital de Cartão de Pontuação Comunitária do Distrito de Alto Molocué em 2014.
- Dgedge, M. (2011). Atracção e Retenção da Força de trabalho da Saúde em Moçambique “Força de Trabalho Disponível, Competente e Motivada para o Acesso aos Cuidados de Saúde”. Direcção de Recursos Humanos. Julho. Maputo. República de Moçambique.
- Dgedge, M., Augusto, G., Mudender, F., Ramirez, L., Alexandre, J., O’Malley, G., Smith, M., Maiela, A., Munguambe, A., & Robertson, M. Taxas de Perdas na Colocação dos Recém-Graduados das Instituições de Formação em Saúde (2007-2008) e Suas Razões. Direcção de Recursos Humanos (DRH), Ministério da Saúde e Centro Internacional de Educação e Formação em Saúde (I-TECH). Maputo. Moçambique
- Dutta, A., N. Perales, R. Silva, L. Criville (2014). Necessidades de Recursos Estimados e Impacto do Plano Estratégico do Sector de Saúde de Moçambique, 2014–2019. Washington, DC: Futures Group, Projeto de Políticas de Saúde.
- Human Resources for Universal Health Coverage: a template for eliciting commitments. Julho de 2013.
- Instituto Nacional de Estatísticas (2010). Projeções Anuais da População Total, Urbana e Rural 2007 – 2040. Direcção de Estatísticas Demográficas, Vitais e Sociais. Maputo. Moçambique.
- Mbofana, F., Cuamba, N., (2009) Inquérito Sobre a Motivação dos Trabalhadores de Saúde na Província de Cabo Delgado, 2009. Dezembro. República de Moçambique.
- Mbofana, F., Sousa, C., P., & Machatine, G., (2012). The Retention of Health Workers in Rural and Remote Areas in Mozambique. National Institute of Health, Ministry of Health, Mozambique & Faculty of Medicine Universidade Eduardo Mondlane. Abril. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2007). Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 2008 – 2015 (PNDRHS). Direcção Nacional de Recursos Humanos. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2010a). Relatório da Fase Inicial. Equipa de Assistência Técnica para a Implementação do PNDRHS 2008-2015. Direcção Nacional de Recursos Humanos. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2010b). Análise dos Sistemas de Informação para Recursos Humanos em Saúde em Moçambique. Direcção Nacional de Recursos Humanos (DNRH). Outubro. Maputo. Moçambique.
- Ministério da Saúde (2011a). Relatório Anual de 2010 XXXVI CCS 2011. Direcção Nacional de Recursos Humanos. Abril. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2011b). Relatório de Execução Orçamental e Financeira Sector da Saúde. Direcção de Administração e Finanças. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2012a). Avaliação de Meio-termo (2008-2011) do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde 2008-2015. Direcção Nacional de Recursos Humanos. Maio. Maputo. República de Moçambique.

- Ministério da Saúde (2012b). Relatório Anual de 2011 XXXVII CCS 2012. Direcção Nacional de Recursos Humanos. Maio. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2012c). Relatório da Revisão do Sector de Saúde. Setembro. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2012d). Relatório de Execução Orçamental e Financeira (Relatório Preliminar) Sector da Saúde. Direcção de Administração e Finanças. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2012f). Avaliação das Necessidades de Serviços de Cuidados Obstétricos e Neonatais de Emergência em Moçambique. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2012g). Avaliação da percepção de qualidade dos Serviços de Planeamento Familiar nas Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2013a). Plano de Aceleração da Resposta ao HIV SIDA 2013 - 2015. Agosto. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2013b). Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019. Setembro. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2013c). Relatório Anual de 2012 XXXVIII CCS 2013. Direcção Nacional de Recursos Humanos. Maio. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2013d). Relatório de Execução Orçamental e Financeira (REO-Final) Sector da Saúde. Direcção de Administração e Finanças. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2013e). Estado da Força de Trabalho de Saúde Materna e Neonatal em Moçambique 2013. Maputo. República de Moçambique
- Ministério da Saúde (2014a). Plano de Colocação 2015. Direcção Nacional de Recursos Humanos. Junho. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2014b). Relatório Anual de 2013 XXXIX CCS 2014. Direcção Nacional de Recursos Humanos. Abril. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2014c). Melhoria de gestão de RHS com base em evidências geradas através do eSIP-Saúde (2ª campanha). Direcção de Recursos Humanos. Outubro. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2014d). Relatório de Execução Orçamental e Financeira (REO) Sector da Saúde. Direcção de Administração e Finanças Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2015a). Plano de Colocação 2016. Direcção Nacional de Recursos Humanos. Maio. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2015b). Relatório Anual de 2014 XXXIX CCS 2015. Direcção Nacional de Recursos Humanos. Abril. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2015c). Avaliação dos 6 meses da 2ª campanha de eSIP-Saúde “Melhoria de gestão de RHS com base em evidências geradas através do eSIP-Saúde”. Direcção de Recursos Humanos. Março. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2015d). Estratégia de Atracção e Retenção do Pessoal de Saúde. Departamento de administração de pessoal. Direcção de Recursos Humanos. Fevereiro. Maputo. República de Moçambique.
- Ministério da Saúde (2015e). Relatório de Execução Orçamental e Financeira (REO) Sector da Saúde. Direcção de Administração e Finanças Maputo. República de Moçambique.

- Ministério da Saúde (2016). Relatório Anual de 2015 XXXIX CCS 2015. Direcção Nacional de Recursos Humanos. Abril. Maputo. República de Moçambique.
- Nyoni, J., Gbary, A., Awases, M., Ndecki, P., & Chatora, R. (2006). Policies and Plans for Human Resources for Health Guidelines for Countries in the WHO African Region. AFRO Library Cataloguing-in-Publication Data. Policies and Plans for Human Resources for Health.
- Ramirez, L. (2014). Aceitabilidade da Força de Trabalho de SMN. Maputo. República de Moçambique.
- Revista Médica de Moçambique. Instituto Nacional de Saúde. Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane. Volume 10. OUTUBRO 2010. ISSN 0254 – 5707. Maputo. República de Moçambique.
- Sherr, K., Mussa, A., Chilundo, B., Gimbel, S., Pfeiffer, J., Hagopian, A., Gloyd, S. Donor-induced brain drain and health workforce distortions in Mozambique: crosssectional study. Ministry of Health of Mozambique, Eduardo Mondlane University, University of Washington.
- UNFPA (2016). UNFPA, Mozambique SRMNH workforce assessment.
- Vio, F., Buffolano, M., Honda, A., (2013). Apresentação I: Estratégia de Atracção e Retenção no Sector da Saúde em Moçambique. Evidências, Estudo DCE 2013. Março. Maputo. República de Moçambique.
- Vio, F., Buffolano, M., Honda, A., Torres, L. V (2013). Relatório da 3ª Fase: Estratégia de Atracção e Retenção no Sector da Saúde em Moçambique. ECORYS Health Consortium. Março. Maputo. República de Moçambique

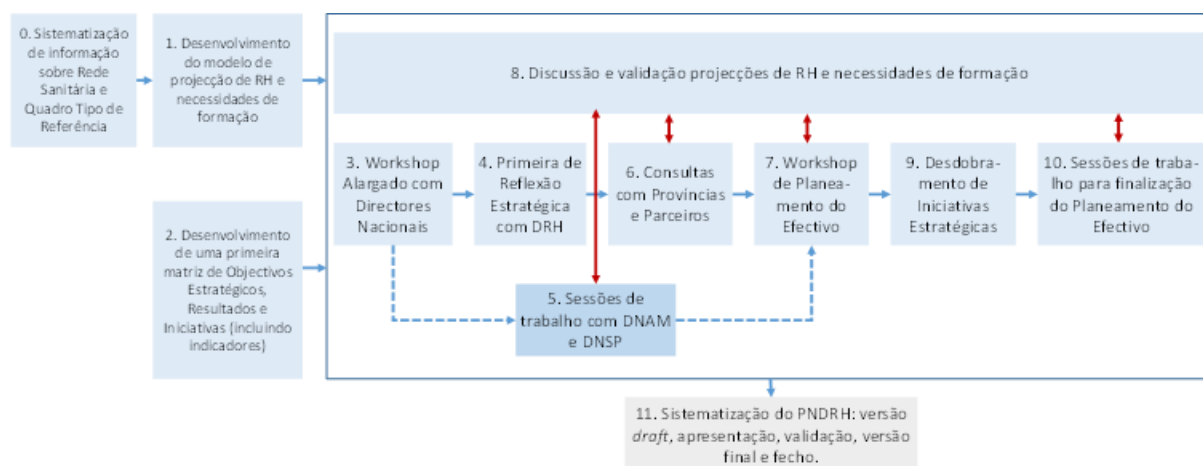
11 ANEXOS

11.1 METODOLOGIA

A Elaboração do PNDRHS 2016-2025 iniciou em Outubro de 2015 após a validação do Relatório de Avaliação do PNDRHS 2008-2015 em Setembro de 2015. A versão *draft* do PNDRHS foi entregue ao MISAU em Julho de 2016.

O **processo** seguido para a elaboração do PNDRHS 2016-2025 é visualmente ilustrado na figura que se segue.

Figura 16 – Evolução de Despesas com RHS e seu financiamento no cenário escolhido



O detalhe de cada actividade realizada é apresentado de seguida.

Tabela 91 – Metodologia: detalhe dos passos realizados na elaboração do PNDRHS

Passos		Tipo de Actividade	Relevância / Outputs	Datas
0	Sistematização de informação sobre Rede Sanitária e Quadro Tipo de Referência	Trabalho de escritório	<ul style="list-style-type: none"> O modelo de projecção de RHS para o PNDRHS 2016-2025 assenta no pressuposto de reconhecimento da existência de uma rede sanitária no País (com tipologia diferente nos diferentes níveis de atenção) bem como a existência de uma projecção de expansão dessa mesma rede, ainda que não seja definitiva ou com financiamento assegurado. Assim, um dos primeiros passos realizados foi a recolha <u>e sistematização</u> da actual base de rede sanitária e a projecção da expansão da rede em todos os níveis de atenção. Adicionalmente, foram recolhidas <u>e sistematizadas</u> as propostas feitas em vários fóruns anteriores com relação ao Quadro Tipo desejado por tipologia de Unidade Sanitária. A não existência de um Quadro Tipo formalizado, actualizado e em utilização (à excepção de legislação anterior e desactualizada) criou um constrangimento significativo a esta sistematização. Finalmente, dado que o efectivo reportado em Base de Dados (referente a 31 de Dezembro de 2014) possuía mais de 450 ocupações e o Quadro Tipo proposto possuía menos do que 150, houve necessidade de iniciar um processo de limpeza e “requalificação” da Base de Dados por forma a chegar-se a uma <i>baseline</i> razoável. Esta actividade levou mais tempo do que inicialmente previsto, tendo causado atraso no arranque da actividade seguinte (#1). 	Outubro e Novembro de 2015
1	Desenvolvimento do modelo de projecção de RH e necessidades de formação	Trabalho de escritório com sessões de trabalho com a DRH	<ul style="list-style-type: none"> Entre Novembro de 2015 (após obtenção da rede sanitária e sua expansão) e Abril 2016, foi desenvolvido um robusto modelo de projecção de RHS e de formação que permite obter os seguintes outputs: <ul style="list-style-type: none"> Projecção de necessidades de RHS (por regime, por ocupação, por nível de atenção, por Província); Visualização do actual baseline (número de profissionais existentes numa determinada ocupação (ex: pediatras, médicos de clínica geral, ESMI) em número de pessoas ou em percentagem relativamente às necessidades. Projecção de um plano de RHS, ou seja, metas para o efectivo de RHS (por regime, por ocupação) nas ocupações seleccionadas para o Quadro Tipo por tipologia de US (incluindo a visualização de planeamento de médicos especialistas nacionais e médicos especialistas estrangeiros); Projecção de contratações necessárias (por ocupação), com desdobramento de contratações necessárias a nível de estrangeiros nas especializações médicas; Projecção de necessidade de “requalificações” (ex. pessoal do nível básico ou elementar para nível médio); Projecção de saídas de pessoal “sem enquadramento” no Quadro Tipo; Orçamento expectável do efectivo (por regime, por ocupação, separando e agregando os especialistas estrangeiros) Plano de Formação (número de pessoas a formar – por ano – pelas IdF do MISAU ou por instituições de formação públicas e privadas) e respectiva expressão orçamental O modelo está construído na plataforma Excel e tem por base o efectivo de 48.733 recursos humanos ao serviço do sector da Saúde em 31 de Dezembro de 2015. <ul style="list-style-type: none"> É importante notar que no arranque dos trabalhos (em Outubro de 2015) foi utilizada a base de dados do efectivo em 31 de Dezembro de 2014. Em Maio de 2016, o modelo foi actualizado com a informação final de 31.12.2015. A utilização dos dados do efectivo de 31.12.2015 permite de ter um <i>baseline</i> mais recente e actualizado do efectivo por ocupação (ex: qual é o baseline de médicos cirurgiões ou pediatras? qual é o baseline de técnicos de nutrição ou serventes de US?), para efeitos de projecção futura. Este modelo permite ainda mudar os outputs acima referidos de forma <i>automática</i> ou <i>semi-automática</i> ajustando as seguintes variáveis (<i>inputs</i>): <ul style="list-style-type: none"> Mudança <i>automática</i> ajustando os seguintes <i>inputs</i>: 	Novembro de 2015 a Abril de 2016

Passos		Tipo de Actividade	Relevância / Outputs	Datas
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quadro Tipo por unidade sanitária⁶¹, taxa de “cumprimento” do Quadro Tipo entre 2016 e 2025, remuneração bruta por ocupação (por ano), % de aumento anual de salário (por ano), percentagem média esperada de saídas do sistema, percentagem <i>desejada</i> da proporção de médicos especialistas estrangeiros versus médicos especialistas nacionais (por ano), correcções pontuais no baseline (efectivo de 31.12.2015) [ex: correcção de ocupação de Médico de Clínica Geral para Médico Hospitalar – Ginecologista] ○ Mudança <i>semi-automática</i> (mais morosa, significando re-programação do modelo) ajustando os seguintes inputs: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessidade de acréscimo ou eliminação de ocupações no Quadro Tipo, necessidade de alteração de tabela de requalificações, revisão do inventário ou projecção da rede sanitária. • Pela sua complexidade, pela necessidade de assegurar o maior nível de participação e consulta possível para o seu preenchimento (actividades 4, 6, 7, 8 e 10) e pela necessidade de actualização do baseline considerando os números de efectivo no final de 2015, o desenvolvimento do modelo de projecção de RHS e necessidades de formação levou 4 meses mais do que o inicialmente previsto (2 meses). 	
2	Desenvolvimento de uma primeira matriz de Objectivos Estratégicos, Resultados e Iniciativas (incluindo indicadores)	Sessões de trabalho com a DRH	<ul style="list-style-type: none"> • Estas sessões de trabalho produziram o primeiro <i>draft</i> do Quadro Lógico do PNDRHS 2016-2025 e validação dos quatro eixos de planeamento estratégico. • Este <i>draft</i>: <ul style="list-style-type: none"> ○ Foi apresentado para validação pelo Grupo de Parceiros. Com relação à matriz, os parceiros fizeram <u>um comentário por e-mail referente à aceleração das pós-graduações médicas, o qual foi integrado no Plano de Iniciativas Estratégicas.</u> ○ Foi posteriormente revisto e melhorado nas Actividades 3, 4 e 6 (Workshop com os Directores Nacionais, Reflexão com a DRH bem como consultas às Províncias) 	Dezembro de 2015 e Janeiro de 2016
3	Workshop Alargado com Directores Nacionais	Workshop de Sensibilização e Consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Este Workshop permitiu: a) validar a abordagem para a projecção de RHS; b) ter inputs com relação à “primeira matriz” de objectivos e iniciativas estratégicas elaborada na actividade anterior. • A revisão feita neste workshop foi posteriormente input relevante para a Actividade 4. 	12 de Fevereiro de 2016
4	Primeira de Reflexão Estratégica com DRH	Workshop de Reflexão	<ul style="list-style-type: none"> • Este Workshop produziu os seguintes outputs estrategicamente relevantes para o PNDRH: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Draft</i> da matriz de planeamento do PNDRHS; 2016/2025 assente nas principais Missões da Função de Recursos Humanos para suportar a Missão e Objectivos Estratégicos do MISAU: Atrair os RH, Reter os RH, Motivar e Desenvolver os RH, Desenvolvimento Organizacional (Transversal) ○ Validação do Modelo de Projecção de RHS pela DRH, seus principais pressupostos e validações que a fazer (ex: discussões posteriores com a DNAM e DNSP com relação ao Quadro Tipo esperado) • Aspectos chave necessários à boa gestão e implementação do PNDRHS 2016-2025 	18 e 19 de Fevereiro de 2016

⁶¹ Pela complexidade e também pela não existência de informação completa, as projecções feitas para o Quadro Tipo por Unidade Sanitária devem ser sempre consideradas como uma “média”. No processo de implementação, esta média deverá ser sempre ajustada utilizando a metodologia da carga de trabalho numa análise individual de cada US tendo em consideração o seu contexto demográfico, infra-estrutural e epidemiológico. Adicionalmente, pela necessidade de uma análise funcional mais profunda (que envolve inclusivamente visitar a Missão do MISAU *vis-a-vis* gestão do SNS *vis-a-vis* Formação para o Sector), não foi elaborado um Quadro de Pessoal para os órgãos centrais do Sector (MISAU e entidades subordinadas ou tuteladas incluindo o INS, CMAM, IMT). Para efeitos de projecção foi utilizado o efectivo existente.

Passos		Tipo de Actividade	Relevância / Outputs	Datas
5	Sessões de trabalho com DNAM e DNSP	Workshop de Consulta	<ul style="list-style-type: none"> Estas sessões de trabalho permitiram ter o <i>input</i> técnico da DNAM (dos diversos programas e áreas ocupacionais) e da DNSP com relação ao Quadro de Pessoal desejável para as diferentes tipologias de US no País. É importante notar que pelos constrangimentos verificados com a <i>não presença ou não presença em tempo integral</i> de todos os programas, o Quadro Tipo sugerido pode não estar completo e isso foi posteriormente corrigido na análise feita pela DRH por forma a chegar a uma proposta de Quadro Tipo final. Este <i>input</i> foi depois analisado com profundidade pela DRH (nas Actividades 7 e 10) por forma a chegar-se um Quadro Tipo considerado “razoável” dentro do cenário escolhido (cenário médio evolutivo) para o espaço fiscal para os RHS nos próximos 10 anos. 	1 a 4 de Março de 2016
6	Consultas com Províncias e Parceiros	Workshops de Consulta nas Províncias	<ul style="list-style-type: none"> Os 6 Workshop realizados (Nampula, Tete e Inhambane) com representantes dos Distritos (SDSMAS e Unidades Sanitárias) bem como representantes da Província e US da capital provincial permitiram: <ul style="list-style-type: none"> Identificar a percepção das províncias e distritos com relação às prioridades para o PNDRHS 2016-2025 tendo em consideração uma Visão de Longo prazo para os RHS Discutir e validar o draft da matriz de planeamento do PNDRHS 2016-2025 (draft resultante da Actividade 4) Obter inputs das províncias e distritos com relação às propostas de Quadro Tipo a considerar nas Projecções de RHS. Este <i>input</i> foi depois analisado com profundidade pela DRH (nas Actividades 7 e 10) por forma a chegar-se um Quadro Tipo considerado “razoável” dentro das limitações que se podem assumir como razoáveis do espaço fiscal para os RHS nos próximos 10 anos. 	29 de Fevereiro a 9 de Março de 2016
7	Workshop de Planeamento do Efectivo	Workshop de Reflexão	<ul style="list-style-type: none"> Este workshop tinha como objectivos: a) Revisitar o Modelo de Projecção de RHS; b) Fechar a proposta final de Quadro Tipo a considerar no PNDRHS, com base nos inputs das Consultas às Províncias, à DNSP e à DNAM; c) Validar os pressupostos (limitações) para o Planeamento do Efectivo até 2025 em três cenários: pessimista, médio e optimista; d) Discutir e validar os critérios e directrizes para “priorizar as ocupações”; e) Definir as taxas de cumprimento de cada ocupação no cenário escolhido (médio evolutivo) tendo em consideração os pressupostos (limitações) do Planeamento de Efectivo e a percepção sobre as prioridades; f) Validar o plano de requalificações; g) Definir as modalidades de Formação por Ocupação e os números globais de graduados necessários. No entanto, pelo detalhe de discussão, nível de participação (alto) e volume de trabalho, só se alcançou o objectivo a) e 80% do objectivo b). Os objectivos definidos foram posteriormente concluídos nas sessões de trabalho de 26 e 27 de Maio (Actividade 10). 	5 e 6 de Maio de 2016
8	Discussão e validação projecções de RH e necessidades de formação	Trabalho de escritório	<ul style="list-style-type: none"> Esta actividade foi sendo realizada entre Fevereiro e Maio de 2016 à medida que se foram realizando discussões sobre o Quadro Tipo a considerar nas projecções, o plano de “cumprimento” deste QT no horizonte de 10 anos (entre outros inputs do modelo de projecção). Estes trabalhos incluíram uma revisão completa do modelo no mês de Maio de 2016 para introdução da base de dados do efectivo em 31.12.2015 bem como a abordagem de “requalificação” do pessoal “não necessário no Quadro Tipo, mas com possibilidade de ser “requalificado” para uma ocupação presente no QT. Para a realização destes trabalhos foram realizadas sessões de trabalho com a DRH para uma validação definitiva das “requalificações” a serem feitas. 	Fevereiro a Maio de 2016
9	Desdobramento de Iniciativas Estratégicas	Workshop	<ul style="list-style-type: none"> Uma das principais fragilidades encontradas na avaliação do PNDRHS 2008-2015 foi o frágil conhecimento dos gestores e técnicos da DRH com relação às actividades previstas. 	22 e 23 de Março de 2016

Passos		Tipo de Actividade	Relevância / Outputs	Datas
			<ul style="list-style-type: none"> • Por forma a mitigar este risco (pelo menos no processo de elaboração do PNDRHS para o próximo ciclo), foi realizado este Workshop com o objectivo de ser a própria DRH a realizar o <i>desdobramento e explicação</i> das 81 Iniciativas Estratégicas a prever no Plano. • Esta abordagem participativa poderá reforçar e mater o conhecimento das iniciativas previstas no Plano dentro da própria DRH. 	
10	Sessões de trabalho para a finalização do Planeamento do Efectivo	Sessões de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Estas sessões de trabalho permitiram: <ul style="list-style-type: none"> ○ Validar os pressupostos (limitações) para o Planeamento do Efectivo até 2025 em três cenários: pessimista, médio e optimista; ○ Discutir e validar os critérios e directrizes para “priorizar as ocupações”; ○ Definir as taxas de cumprimento de cada ocupação no cenário médio tendo em consideração os pressupostos (limitações) do Planeamento de Efectivo e a percepção sobre as prioridades; ○ Validar o plano de requalificações (tentando alinhar o melhor possível as metas do PNDRHS ao actual Plano de Formação para os anos de 2016 e 2017); ○ Definir as modalidades de Formação por Ocupação e os números globais de graduados necessários. 	26, 27 e 30 de Maio de 2016
11	Sistematização do PNDRH: versão <i>draft</i> , apresentação, validação, versão final e fecho.	Trabalho de escritório	<ul style="list-style-type: none"> • A versão <i>draft</i> PNDRHS resulta da sistematização e estruturação de todos os <i>inputs</i> colhidos nos passos anteriores. Foi realizado pela equipa da Consultoria da EUROSIS. Sempre que necessário foram solicitados inputs adicionais à DRH, os quais foram sempre prontamente facultados. 	Junho e Julho de 2016

11.2 SUPORTES COMPLEMENTARES DE INFORMAÇÃO

Tabela 92 – Contratações de médicos especialistas por especialidade

Médicos Especialistas	Contratação de Nacionais										Contratação de estrangeiros									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Anestesiologia e Reanimação						10	6	6	6	4	2	2	3	2	2					
Cirurgião			8	5	5	13	13	13	13	11	2	6	5	9						
Cirurgião pediátrico						1	1	1				1		1			1			2
Dermatologista				2	2	2	2	2	3	3	1	1	2				1			
Ginecologista		10	10	10	10	10	11	11	11	10	2	2		2	2		1			
Imagiologia			2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1							1
Internista		3	5	5	5	6	6	8	8	8			3	5	1					
Legista			3	3	2	1	1	1	1	1			1							
Microbiologista						1	1	1					1			1				
Neurologista						2	1	1	1	1			1	1	1					
Oftalmologista			4	4	4	4	4	2	2	2	1	1	1							
Ortopedista		3	3	1	1	3	2	2	3	4	1	1	1	2						
Otorrino				2	2	2	2	3	3	3	1	1	1	1						
Patologista		2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				1				1	
Pediatra				8	8	12	12	12	12	3	2	3	2	3						
Psiquiatra					2	2	2	1	1	1		1	1	1						
Urologista						2	1	1	1	1		1	2		1					
Neonatalogista			1			1	1	1			1	1	1	1	1	1			1	1
Estomatologista						1	1	1				1			1					
Hematologista						1	1	1	1			1							1	
Cardiologia						2	4	4	4	4	2	1	2	2	3	1				
Gastroenterologia					1	3	3	3	3		1	1	1	1						
Cirurgião plástico						2	1	1	1	2	1	1		1	1					
Cirurgião Torácico						1				1							1			
Neurocirurgião					2	1	1	1	1		1					1				
Cirurgião Maxilo facial						3	2	2	2	3	1	1	1	1						
Análise Clínicas						1	1	1					1							
Pneumologista						1	2	2	2			1		1						
Oncologista					1	2	2	2	2	2	1	1	1	1						
Nefrologia						1						1	1							
Endocrinologia						1				1		1	1	1						
Doenças infecto-contagiosas				1	1	1	1	1				1					1			
Geriatria									1	2	1	1	1	1	1	1	2	1		
Cirurgia vascular						1				1			1				1			
Cirurgia cardíaca									1								1			
Cuidados Intensivos pediátricos										2		1		1		1		1		
Cuidados Intensivos adultos										2		1		1		2				
Ortoprotésista						1									1					
Fisioterapia						1	1	1	1	1				1						

Médicos Especialistas	Contratação de Nacionais										Contratação de estrangeiros									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Médico especialista em Medicina Familiar e Comunitária						1	3	4	6	7	3	7	11	12	8	9	6	6	4	3
Neurologia Pediátrica						1						1								
Hematooncologia Pediátrica						1						1								
Nefrologia Pediátrica						1						1								
Pneumologia Pediátrica						1						1								
Cardiologia Pediátrica						1						1								
Infeciologia Pediátrica						1	1	1				1								
Gastroenterologia Pediátrica						1				1		1								
Alergologia Pediátrica						1				1		1								
Genética pediátrica						1						1								
acupuntura																				
Médico de Saúde Pública				5	5	5	8	8	9	8	2	1	2	1						
logofoniatra						1				1			1				1			
Medicina Tradicional																				
Médicos Especialistas		18	37	49	53	115	101	101	101	93	29	54	50	53	24	17	16	8	7	7

Tabela 93 – Contratação de médicos e dentistas

Ocupação	Contratação de Nacionais									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Médico de Clínica Geral	46	151	217	171	198	208	231	249	225	149
Médico Dentista	10	16	21	17	17	12	15	17	14	10
Médicos e médicos dentistas	56	167	238	188	215	220	246	266	239	159

Tabela 94 – Contratação técnicos de saúde de nível superior

Ocupação	Contratação de Nacionais									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Fisioterapeuta A	1	3	6	1	1		1	1	1	1
Enfermeiro A	29	63	84	63	40	19	34	62	52	28
Enfermeira de Saúde Materna A	6	14	21	16	7	16	22	27	23	15
Enfermeiro Pediatra A	10	12	16	17	16	17	18	21	20	19
Farmacêutico A	11	14	22	13	16	5	15	18	15	8
Técnico de Laboratório A	4	12	20	11	15	9	11	16	12	6
Técnico de Instrumentação A	4	5	6	5	5	5	4	5	5	5

Ocupação	Contratação de Nacionais									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Técnico de cirurgia A	3	11	18	11	15	10	15	17	14	9
Técnico de administração hospitalar A	8	14	18	13	16	12	14	17	15	11
Nutricionista A	7	15	18	15	16	11	14	16	14	10
Psicólogo Clínico A	11	17	20	16	18	12	16	17	15	11
Técnico de ortoprotesia A			1			1				1
Técnico de prótese dentária A		1			1			1		
Técnico de Anestesiologia A	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4
Técnico de Radioterapia A	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1
Técnico de Radiologia A	1	2	1	1	2	2	1	2	3	1
Técnico de Optometria A	1		1	1	1			1	1	1
Técnico superior em saúde pública		3	3	3	4	3	1	3	4	4
Total de contratação de técnicos de saúde de nível superior	100	190	261	191	178	126	170	229	199	135

Tabela 95 – Contratação de técnicos de saúde de nível médio

Ocupação	Contratação de Nacionais										Contratação de estrangeiros									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Técnico de Otorrinolaringologia	3	7	12	8	10	8	11	14	11	7										
Técnico de prótese - ortoprotesia			25		8	5	6	9	8	4										
Enfermeiro Geral	493	685	804	356	481	366	532	644	593	383										
Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	380	629	569	208	268	197	284	344	322	218										
Técnico de Medicina	350	335	274		110	88	115	136	135	116										
Técnico de Medicina Preventiva	211	229	160		74	58	71	79	78	71										
Técnico de Farmácia	188	160	160	175	201	173	210	237	228	177										
Técnico de Laboratório C	154	310	209		105	71	100	118	104	67										
Técnico de Anestesiologia	21	97	43	4	47	26	43	50	39	14										
Técnico de Instrumentação	25	47	128		57		48	56	39	7										
Técnico de Administração Hospitalar			71	14	10	3	9	13	8	9										
Técnico de Nutrição	104	80	215	162	148	171	183	194	198	196										
Técnico de Radiologia		26	25	56	47	26	43	49	39	15										
Técnico de Odontostomatologia		57	109	14	20	53	58	61	30	59										

Ocupação	Contratação de Nacionais										Contratação de estrangeiros									
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	54	78	50		34	27	33	34	33	26										
Técnico de Medicina Física e Reabilitação		34	45	34	15	33	41	46	18	31										
Técnico de Oftalmologia	23	25	27	3	21	17	21	24	21	15										
Técnico de Tanatologia	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6										
Técnico de prótese - Prótese dentária		1	1			1		1		1										
Técnico de estatística sanitária	74	130	37		35	32	37	40	38	33										
Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	26	25	24		22	21	32	39	41	36	12	9	7		7	5	6	5	4	1
Ortoptistas		1			1			1												
Ópticos	1		1	1		1	1		1											
Técnicos de saúde de nível médio	2.112	2.961	2.994	1.040	1.720	1.383	1.884	2.195	1.990	1.491	12	9	7		7	5	6	5	4	1

Tabela 96 – Contratação de profissionais de suporte

#	Ocupação	Contratação de profissionais de suporte									
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
92	Biólogo A	8	8	11	8		7	8	8	8	8
93	Técnico superior de administração A	9	9	8	10						
94	Técnico Profissional em Administração Pública	13	31	46	13	13	12	9	12	11	11
95	Técnico Administrativo C	64	87	97							
96	Técnico de Acção Social C	2	12	18			8	13	15	12	4
97	Servente de Unidades Sanitárias			956	600	691	412	578	644	512	252
98	Guarda	34	52	60	55	60	48	57	63	59	46
99	Lavandeiro	18	25	30	29	32	29	34	38	37	31
1	Condutor de Veículos de Serviço Público	29	37								
11	Cozinheiro	18	37	49	37	40	34	43	50	43	29
12	Jardineiro	3	6	9	6	8	6	9	9	9	5
13	Costureiro	3	5	8	6	6	6	6	8	8	5
14	Técnico de aprovisionamento C			1							
15	Carpinteiro							1			
16	Jurista A	1		2	1				1		1
17	Técnico de Estatística A										
18	Técnico de acção social A										
19	Técnico de educação de infância C										
11	Canalizador										
111	Contabilista C	2	2				1	1	2	1	1
112	Técnico de Manutenção C	2	2	4							
113	Economista A	3	2	2	3	2		1	1	1	1
114	Gestor de TICs A	8	8	9	8	9	9	11	11	11	9
115	Inspector Superior	1	1		1	1	1		1	1	
116	Inspector Técnico										
117	Técnico Pedagógico A	4	4	4	4	4	1	4		5	4
118	Técnico Pedagógico C	1									
119	Documentalista C										
12	Documentalista A										
121	Técnico de relações internacionais A										
122	Engenheiro civil A										
123	Arquitecto A										
124	Operário										
125	Copeiro	14	20	25	23	26	24	29	33	32	24
131	Auditor		1			1			1		
132	Antropólogo A										
133	Sociólogo A										
134	Químico A										
135	Técnico aduaneiro C										
136	Técnico de Relações Públicas A										
137	Engenheiro Electrotécnico A										
138	Docente N1										
139	Investigador										

#	Ocupação	Contratação de profissionais de suporte									
		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
14	Técnico de Planificação A										
	Total de contratação de profissionais de suporte	235	350	1.340	806	896	598	807	901	752	433

Tabela 97 – Plano de técnicos de saúde para a província de Niassa

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	Médico Hospitalar - Anestesiologia e Reanimacao	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
2	Médico Hospitalar - Cirurgião	3	4	4	5	5	5	7	8	8	10	11
3	Médico Hospitalar - Cirurgiao pediatrico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	Médico Hospitalar - Dermatologista	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
5	Médico Hospitalar - Ginecologista	4	3	4	4	4	5	7	8	8	10	11
6	Médico Hospitalar - Imagiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Médico Hospitalar - Internista	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8	Médico Hospitalar - Legista	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	Médico Hospitalar - Microbiologista	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
10	Médico Hospitalar - Neurologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Médico Hospitalar - Oftalmologista	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
12	Médico Hospitalar - Ortopedista	7	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
13	Médico Hospitalar - Otorrino	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	Médico Hospitalar - Patologista	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	Médico Hospitalar - Pediatra	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4
16	Médico Hospitalar - Psiquiatra	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	Médico Hospitalar - Urologista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	Médico Hospitalar - Neonatologista	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
19	Médico Hospitalar - Estomatologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	Médico Hospitalar - Hematologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Médico Hospitalar - Cardiologia	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
22	Médico Hospitalar - Gastroenterologia	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
23	Médico Hospitalar - Cirurgião plástico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	Médico Hospitalar - Cirurgião Torácico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	Médico Hospitalar - Neurocirurgião	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
26	Médico Hospitalar - Cirurgião Maxilo facial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	Médico Hospitalar - Análise Clínicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	Médico Hospitalar - Pneumologista	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1
29	Médico Hospitalar - Oncologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
30	Médico Hospitalar - Nefrologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
31	Médico Hospitalar - Endocrinologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	Médico Hospitalar - Doenças infecto-contagiosas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33	Médico Hospitalar - Geriatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
34	Médico Hospitalar - Cirurgia vascular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	Médico Hospitalar - Cirurgia cardíaca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos pediátricos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos adultos	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
38	Médico Hospitalar - Ortoprotesista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	Médico Hospitalar - Fisioterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	Técnico de Otorrinolaringologia	2	2	2	3	3	4	6	7	7	10	10
41	Técnico de prótese - ortoprotesia	1	2	2	3	3	3	5	6	5	7	8
42	Fisioterapeuta A	5	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
43	Médico de Clínica Geral	80	93	103	108	109	119	141	146	170	197	200
44	Médico especialista em Medicina Familiar e Comunitária	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5
45	Médico Dentista	3	15	16	17	17	19	20	21	21	23	24
46	Médico Hospitalar - Neurologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
47	Médico Hospitalar - Hematologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	Médico Hospitalar - Nefrologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	Médico Hospitalar - Pneumologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	Médico Hospitalar - Cardiologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	Médico Hospitalar - Infeciologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	Médico Hospitalar - Gastroenterologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	Médico Hospitalar - Alergologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
54	Médico Hospitalar - Genética pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55	Enfermeiro A	29	33	38	40	39	44	55	57	56	69	71
56	Enfermeira de Saúde Materna A	4	3	5	6	6	8	12	13	13	19	20
57	Enfermeiro Pediatra A	0	1	2	3	3	4	6	7	8	10	12
58	Farmacêutico A	6	14	15	16	16	17	19	20	20	22	23
59	Técnico de Laboratório A	2	7	8	8	8	9	12	13	12	16	16
60	Técnico de Instrumentação A	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
61	Técnico de cirurgia A	0	3	4	5	5	6	9	10	10	14	15
62	Técnico de administração hospitalar A	7	16	17	18	19	20	21	22	22	24	25
63	Nutricionista A	12	12	13	13	14	15	16	17	17	19	20
64	Psicólogo Clínico A	4	16	17	18	18	20	21	22	22	24	24
65	Enfermeiro Geral	415	217	268	310	337	399	516	576	560	680	728
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	375	239	298	336	364	414	487	532	558	652	700
67	Técnico de Medicina	256	198	227	251	256	273	294	309	318	347	375

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
68	Técnico de Medicina Preventiva	107	149	171	187	184	190	197	202	202	197	199
69	Técnico de Farmácia	116	117	134	144	157	179	211	232	243	285	307
70	Técnico de Laboratório C	81	103	124	130	123	129	139	141	143	151	156
71	Técnico de Anestesiologia	11	11	20	20	18	22	33	36	34	46	47
72	Técnico de Instrumentação	15	16	21	28	25	31	45	47	44	59	59
73	Técnico de Administração Hospitalar	20	12	12	16	16	18	21	23	23	27	28
74	Técnico de Nutrição	23	27	34	55	69	85	104	120	136	158	177
75	Técnico de Radiologia	10	13	17	17	18	22	32	35	33	45	46
76	Técnico de Odontostomatologia	21	22	27	37	37	42	48	53	57	64	70
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	16	22	27	29	26	28	33	35	34	40	42
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	20	17	19	21	22	25	31	33	34	41	44
79	Técnico de Oftalmologia	8	9	11	12	11	13	16	17	17	21	22
80	Técnico de Tanatologia	0	0	1	1	2	2	2	3	3	4	4
81	Técnico de prótese - Prótese dentária	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
82	Técnico de ortoprotesia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Técnico de prótese dentária A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	Técnico de Anestesiologia A	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
85	Técnico de estatística sanitária	6	14	25	27	21	24	28	31	32	37	40
86	Médico Hospitalar - acupuntura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
87	Médico de Saúde Pública	0	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
88	Médico Hospitalar - logofoniatra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	2	3	5	7	6	9	13	16	18	24	28
90	Técnico de Radioterapia A	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
91	Técnico de Radiologia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
126	Ortoptistas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
127	Ópticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
128	Técnico de Optometria A	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
129	Técnico superior em saúde pública	0	0	1	1	1	2	2	2	3	3	3
130	Médico Hospitalar - Medicina Tradicional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		1.689	1.436	1.718	1.925	1.998	2.240	2.649	2.859	2.933	3.400	3.608

Tabela 98 – Plano de técnicos de saúde para a província de Cabo Delgado

Ref.	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	Médico Hospitalar - Anestesiologia e Reanimacao	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
2	Médico Hospitalar - Cirurgião	4	5	5	7	8	9	9	9	12	12	12
3	Médico Hospitalar - Cirurgiao pediatrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	Médico Hospitalar - Dermatologista	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
5	Médico Hospitalar - Ginecologista	3	5	5	7	8	9	9	10	12	12	12
6	Médico Hospitalar - Imagiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Médico Hospitalar - Internista	7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Ref.	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
8	Médico Hospitalar - Legista	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	Médico Hospitalar - Microbiologista	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
10	Médico Hospitalar - Neurologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Médico Hospitalar - Oftalmologista	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
12	Médico Hospitalar - Ortopedista	7	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
13	Médico Hospitalar - Otorrino	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	Médico Hospitalar - Patologista	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	Médico Hospitalar - Pediatra	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4
16	Médico Hospitalar - Psiquiatra	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	Médico Hospitalar - Urologista	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	Médico Hospitalar - Neonatologista	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
19	Médico Hospitalar - Estomatologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	Médico Hospitalar - Hematologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Médico Hospitalar - Cardiologia	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
22	Médico Hospitalar - Gastroenterologia	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
23	Médico Hospitalar - Cirurgião plástico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	Médico Hospitalar - Cirurgião Torácico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	Médico Hospitalar - Neurocirurgião	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
26	Médico Hospitalar - Cirurgião Maxilo facial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	Médico Hospitalar - Análise Clínicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	Médico Hospitalar - Pneumologista	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1
29	Médico Hospitalar - Oncologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
30	Médico Hospitalar - Nefrologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	Médico Hospitalar - Endocrinologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	Médico Hospitalar - Doenças infecto-contagiosas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33	Médico Hospitalar - Geriatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
34	Médico Hospitalar - Cirurgia vascular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	Médico Hospitalar - Cirurgia cardíaca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos pediátricos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos adultos	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
38	Médico Hospitalar - Ortoprotesista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ref.	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
39	Médico Hospitalar - Fisioterapia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	Técnico de Otorrinolaringologia	7	3	4	6	7	8	8	9	11	11	11
41	Técnico de prótese - ortoprotesia	0	3	2	6	6	7	7	7	8	8	8
42	Fisioterapeuta A	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
43	Médico de Clínica Geral	78	122	125	134	145	158	156	156	156	154	146
44	Médico especialista em Medicina Familiar e Comunitária	0	0	1	2	2	3	3	4	4	5	5
45	Médico Dentista	10	16	17	19	20	22	22	22	24	25	24
46	Médico Hospitalar - Neurologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
47	Médico Hospitalar - Hematologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	Médico Hospitalar - Nefrologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	Médico Hospitalar - Pneumologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	Médico Hospitalar - Cardiologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	Médico Hospitalar - Infecologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	Médico Hospitalar - Gastroenterologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	Médico Hospitalar - Alergologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
54	Médico Hospitalar - Genética pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55	Enfermeiro A	34	47	48	59	64	70	69	69	81	80	77
56	Enfermeira de Saúde Materna A	1	6	7	10	12	15	16	16	21	22	21
57	Enfermeiro Pediatra A	0	1	2	4	5	7	8	9	11	12	13
58	Farmacêutico A	7	16	16	18	20	21	21	21	24	24	23
59	Técnico de Laboratório A	6	9	10	13	14	15	15	15	18	18	17
60	Técnico de Instrumentação A	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
61	Técnico de cirurgia A	5	6	6	9	11	13	13	13	16	16	15
62	Técnico de administração hospitalar A	10	18	18	20	21	22	23	23	25	26	25
63	Nutricionista A	10	13	14	16	17	18	18	19	21	21	21
64	Psicólogo Clínico A	7	17	18	19	20	22	22	23	24	25	25
65	Enfermeiro Geral	381	277	319	373	449	491	506	526	590	613	601
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	375	246	302	350	384	422	438	458	512	531	555
67	Técnico de Medicina	308	167	195	227	241	257	269	282	311	326	349
68	Técnico de Medicina Preventiva	180	135	156	175	176	189	192	190	193	191	193
69	Técnico de Farmácia	126	116	124	140	156	175	184	195	230	240	245
70	Técnico de Laboratório C	111	107	135	164	166	182	188	196	223	229	230
71	Técnico de Anestesiologia	13	21	29	39	40	46	45	44	55	54	50
72	Técnico de Instrumentação	25	30	31	53	56	64	60	59	72	69	62
73	Técnico de Administração Hospitalar	16	14	13	21	22	24	24	25	29	29	29
74	Técnico de Nutrição	7	22	28	34	34	37	38	41	49	53	56
75	Técnico de Radiologia	17	24	24	31	39	45	43	43	54	53	49

Ref.	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
76	Técnico de Odontoestomatologia	16	18	22	32	34	39	40	41	44	45	50
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	18	28	34	39	37	40	40	41	46	47	46
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	25	23	25	30	34	38	39	40	47	48	48
79	Técnico de Oftalmologia	10	12	14	17	17	19	20	20	24	25	24
80	Técnico de Tanatologia	0	0	1	1	2	2	2	3	3	4	4
81	Técnico de prótese - Prótese dentária	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
82	Técnico de ortoprotesia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Técnico de prótese dentária A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	Técnico de Anestesiologia A	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
85	Técnico de estatística sanitária	6	16	28	33	27	30	32	34	39	41	42
86	Médico Hospitalar - acupuntura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
87	Médico de Saúde Pública	0	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
88	Médico Hospitalar - logofoniatra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	6	4	7	10	10	14	16	19	25	28	29
90	Técnico de Radioterapia A	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
91	Técnico de Radiologia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
126	Ortoptistas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
127	Ópticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
128	Técnico de Optometria A	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
129	Técnico superior em saúde pública	1	0	1	1	1	2	2	2	3	3	3
130	Médico Hospitalar - Medicina Tradicional	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		1.857	1.573	1.813	2.149	2.338	2.566	2.635	2.721	3.057	3.138	3.161

Tabela 99 – Plano de técnicos de saúde para a província de Nampula

#	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	Médico Hospitalar - Anestesiologia e Reanimacao	4	6	6	6	7	7	8	8	8	9	9
2	Médico Hospitalar - Cirurgião	11	11	13	15	16	18	18	21	21	25	24
3	Médico Hospitalar - Cirurgiao pediatrico	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	Médico Hospitalar - Dermatologista	1	3	3	3	4	4	4	4	5	5	5
5	Médico Hospitalar - Ginecologista	8	10	12	13	15	17	18	21	20	24	23
6	Médico Hospitalar - Imagiologia	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
7	Médico Hospitalar - Internista	16	12	13	14	15	15	15	16	16	17	15
8	Médico Hospitalar - Legista	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	Médico Hospitalar - Microbiologista	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
10	Médico Hospitalar - Neurologista	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
11	Médico Hospitalar - Oftalmologista	4	3	3	4	4	5	5	5	5	6	6

#	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
12	Médico Hospitalar - Ortopedista	6	10	12	12	13	13	13	14	14	14	14
13	Médico Hospitalar - Otorrino	3	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5
14	Médico Hospitalar - Patologista	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
15	Médico Hospitalar - Pediatra	8	10	10	11	12	13	14	15	16	17	16
16	Médico Hospitalar - Psiquiatra	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
17	Médico Hospitalar - Urologista	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
18	Médico Hospitalar - Neonatologista	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
19	Médico Hospitalar - Estomatologista	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
20	Médico Hospitalar - Hematologista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
21	Médico Hospitalar - Cardiologia	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4
22	Médico Hospitalar - Gastroenterologia	0	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3
23	Médico Hospitalar - Cirurgião plástico	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
24	Médico Hospitalar - Cirurgião Torácico	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	Médico Hospitalar - Neurocirurgião	5	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2
26	Médico Hospitalar - Cirurgião Maxilo facial	2	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
27	Médico Hospitalar - Análise Clínicas	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
28	Médico Hospitalar - Pneumologista	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
29	Médico Hospitalar - Oncologista	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
30	Médico Hospitalar - Nefrologia	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
31	Médico Hospitalar - Endocrinologia	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
32	Médico Hospitalar - Doenças infecto-contagiosas	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	Médico Hospitalar - Geriatria	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
34	Médico Hospitalar - Cirurgia vascular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	Médico Hospitalar - Cirurgia cardíaca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos pediátricos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos adultos	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
38	Médico Hospitalar - Ortoprotésista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	Médico Hospitalar - Fisioterapia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
40	Técnico de Otorrinolaringologia	3	3	3	5	6	8	9	12	12	16	15
41	Técnico de prótese - ortoprotesia	9	3	3	6	6	7	8	10	10	12	12
42	Fisioterapeuta A	3	4	5	6	6	6	6	6	6	6	6
43	Médico de Clínica Geral	135	195	206	231	242	264	267	296	290	325	312

#	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
44	Médico especialista em Medicina Familiar e Comunitária	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45	Médico Dentista	18	24	25	28	29	32	32	35	35	38	37
46	Médico Hospitalar - Neurologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
47	Médico Hospitalar - Hematologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	Médico Hospitalar - Nefrologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	Médico Hospitalar - Pneumologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0
50	Médico Hospitalar - Cardiologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	Médico Hospitalar - Infecologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	Médico Hospitalar - Gastroenterologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	Médico Hospitalar - Alergologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
54	Médico Hospitalar - Genética pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55	Enfermeiro A	79	91	93	104	109	119	121	135	141	148	142
56	Enfermeira de Saúde Materna A	3	6	7	10	12	16	17	23	23	31	30
57	Enfermeiro Pediatra A	5	3	5	8	11	14	16	20	22	26	28
58	Farmacêutico A	22	23	24	27	28	30	30	33	33	37	36
59	Técnico de Laboratório A	18	20	21	24	25	27	28	31	31	35	33
60	Técnico de Instrumentação A	0	4	5	6	7	8	8	9	10	11	12
61	Técnico de cirurgia A	8	6	7	10	11	14	14	19	18	23	22
62	Técnico de administração hospitalar A	24	26	27	29	30	32	33	36	36	39	39
63	Nutricionista A	26	20	21	23	25	26	27	30	30	33	33
64	Psicólogo Clínico A	15	25	26	28	30	32	32	35	35	38	38
65	Enfermeiro Geral	905	648	743	893	1.007	1.166	1.261	1.463	1.517	1.770	1.796
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	802	483	585	680	755	850	909	1.021	1.061	1.199	1.226
67	Técnico de Medicina	485	317	355	400	412	452	480	522	545	595	615
68	Técnico de Medicina Preventiva	295	229	260	287	284	302	313	330	341	360	369
69	Técnico de Farmácia	248	207	228	254	284	323	346	393	409	467	478
70	Técnico de Laboratório C	233	192	236	272	267	291	300	330	322	350	337
71	Técnico de Anestesiologia	18	20	29	36	37	46	48	62	58	75	69
72	Técnico de Instrumentação	28	29	31	49	52	64	64	82	76	96	86
73	Técnico de Administração Hospitalar	47	21	22	31	33	36	37	42	42	48	47
74	Técnico de Nutrição	35	41	51	96	130	166	199	236	268	308	339
75	Técnico de Radiologia	34	26	28	32	40	49	50	64	60	77	71
76	Técnico de Odontologia	46	35	42	58	59	66	72	79	84	93	98
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	29	50	59	66	61	66	68	75	75	83	82
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	45	48	53	60	65	72	75	85	85	97	96
79	Técnico de Oftalmologia	18	25	28	32	31	35	37	41	42	47	47
80	Técnico de Tanatologia	0	0	1	1	2	2	2	3	3	4	4

#	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
81	Técnico de prótese - Prótese dentária	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
82	Técnico de ortoprotesia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Técnico de prótese dentária A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	Técnico de Anestesiologia A	3	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9
85	Técnico de estatística sanitária	30	27	47	52	43	48	52	59	61	69	71
86	Médico Hospitalar - acupuntura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
87	Médico de Saúde Pública	4	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
88	Médico Hospitalar - logofoniatra	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	3	5	9	13	12	18	21	29	32	42	44
90	Técnico de Radioterapia A	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
91	Técnico de Radiologia A	3	1	2	2	2	3	3	3	3	4	4
126	Ortoptistas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
127	Ópticos	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
128	Técnico de Optometria A	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
129	Técnico superior em saúde pública	4	0	1	1	2	2	3	3	4	4	4
130	Médico Hospitalar - Medicina Tradicional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		3.785	2.968	3.409	3.994	4.300	4.844	5.158	5.829	6.004	6.802	6.875

Tabela 100 – Plano de técnicos de saúde para a província de Zambézia

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	Médico Hospitalar - Anestesiologia e Reanimacao	1	7	7	7	7	7	8	9	9	9	10
2	Médico Hospitalar - Cirurgião	9	12	12	13	14	14	15	17	18	19	20
3	Médico Hospitalar - Cirurgiao pediatrico	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
4	Médico Hospitalar - Dermatologista	0	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4
5	Médico Hospitalar - Ginecologista	5	11	12	13	13	14	15	17	18	18	20
6	Médico Hospitalar - Imagiologia	0	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3
7	Médico Hospitalar - Internista	7	13	13	13	14	14	14	15	15	15	14
8	Médico Hospitalar - Legista	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2
9	Médico Hospitalar - Microbiologista	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
10	Médico Hospitalar - Neurologista	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11	Médico Hospitalar - Oftalmologista	2	3	3	4	4	5	5	5	5	6	6
12	Médico Hospitalar - Ortopedista	4	10	10	11	11	11	12	12	12	12	13
13	Médico Hospitalar - Otorrino	1	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5
14	Médico Hospitalar - Patologista	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
15	Médico Hospitalar - Pediatra	3	11	10	11	12	13	14	15	16	17	16
16	Médico Hospitalar - Psiquiatra	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
17	Médico Hospitalar - Urologista	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
18	Médico Hospitalar - Neonatologista	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
19	Médico Hospitalar - Estomatologista	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
20	Médico Hospitalar - Hematologista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
21	Médico Hospitalar - Cardiologia	0	2	2	3	3	3	4	4	4	5	5
22	Médico Hospitalar - Gastroenterologia	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4
23	Médico Hospitalar - Cirurgião plástico	0	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
24	Médico Hospitalar - Cirurgião Torácico	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	Médico Hospitalar - Neurocirurgião	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
26	Médico Hospitalar - Cirurgião Maxilo facial	0	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
27	Médico Hospitalar - Análise Clínicas	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
28	Médico Hospitalar - Pneumologista	0	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2
29	Médico Hospitalar - Oncologista	0	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3
30	Médico Hospitalar - Nefrologia	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
31	Médico Hospitalar - Endocrinologia	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
32	Médico Hospitalar - Doenças infecto-contagiosas	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	Médico Hospitalar - Geriatria	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2
34	Médico Hospitalar - Cirurgia vascular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	Médico Hospitalar - Cirurgia cardíaca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos pediátricos	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
37	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos adultos	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
38	Médico Hospitalar - Ortoprotésista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	Médico Hospitalar - Fisioterapia	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
40	Técnico de Otorrinolaringologia	2	3	4	5	5	6	6	8	10	10	13
41	Técnico de prótese - ortoprotésia	4	3	3	7	6	7	8	10	11	11	13
42	Fisioterapeuta A	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
43	Médico de Clínica Geral	116	153	177	202	202	210	208	225	253	251	269
44	Médico especialista em Medicina Familiar e Comunitária	0	1	2	4	5	6	7	9	10	11	12
45	Médico Dentista	7	24	26	27	28	30	30	31	33	34	35
46	Médico Hospitalar - Neurologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
47	Médico Hospitalar - Hematologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
48	Médico Hospitalar - Nefrologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	Médico Hospitalar - Pneumologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0
50	Médico Hospitalar - Cardiologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	Médico Hospitalar - Infeciologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
52	Médico Hospitalar - Gastroenterologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	Médico Hospitalar - Alergologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
54	Médico Hospitalar - Genética pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55	Enfermeiro A	81	72	78	82	82	86	85	93	102	100	109
56	Enfermeira de Saúde Materna A	1	6	9	10	11	12	13	16	20	21	25
57	Enfermeiro Pediatra A	0	3	4	6	8	10	11	14	16	18	21
58	Farmacêutico A	13	23	25	27	27	28	28	30	32	32	33
59	Técnico de Laboratório A	8	20	21	23	23	24	24	26	28	27	29
60	Técnico de Instrumentação A	2	5	6	7	7	8	9	10	11	12	13
61	Técnico de cirurgia A	9	6	7	9	9	10	9	12	15	15	18
62	Técnico de administração hospitalar A	15	25	26	28	28	29	30	31	33	34	35
63	Nutricionista A	16	21	23	24	25	26	26	28	30	30	31
64	Psicólogo Clínico A	28	24	26	27	28	30	30	32	33	34	35
65	Enfermeiro Geral	893	474	561	670	723	824	907	1.068	1.263	1.367	1.547
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	639	373	459	532	590	662	721	819	921	966	1.051
67	Técnico de Medicina	475	283	320	348	349	407	458	519	581	632	667
68	Técnico de Medicina Preventiva	339	199	226	244	238	250	259	271	295	324	347
69	Técnico de Farmácia	228	173	205	226	251	282	306	346	388	412	458
70	Técnico de Laboratório C	224	161	204	223	211	225	245	275	308	329	366
71	Técnico de Anestesiologia	18	21	35	36	32	34	33	42	50	49	57
72	Técnico de Instrumentação	25	30	38	49	45	47	45	55	65	62	71
73	Técnico de Administração Hospitalar	39	21	20	28	27	29	29	32	36	36	39
74	Técnico de Nutrição	18	38	48	75	93	112	129	149	170	187	209
75	Técnico de Radiologia	15	26	31	31	33	36	35	43	51	50	58
76	Técnico de Odontostomatologia	44	32	39	52	52	57	67	79	91	96	102
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	23	39	48	51	45	47	48	52	56	57	62
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	40	30	34	38	39	42	43	49	54	56	62
79	Técnico de Oftalmologia	11	17	20	22	21	23	23	26	29	30	33
80	Técnico de Tanatologia	0	0	1	1	2	2	2	3	3	4	4
81	Técnico de prótese - Prótese dentária	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
82	Técnico de ortoprotesia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Técnico de prótese dentária A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	Técnico de Anestesiologia A	1	5	5	6	6	7	7	8	9	9	10
85	Técnico de estatística sanitária	5	20	36	39	31	34	36	41	45	47	52

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
86	Médico Hospitalar - acupuntura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
87	Médico de Saúde Pública	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
88	Médico Hospitalar - logofoniatra	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	0	6	11	14	12	16	19	25	31	34	41
90	Técnico de Radioterapia A	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
91	Técnico de Radiologia A	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3
126	Ortoptistas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
127	Ópticos	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
128	Técnico de Optometria A	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
129	Técnico superior em saúde pública	3	0	1	1	2	2	2	3	3	4	4
130	Médico Hospitalar - Medicina Tradicional	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		3.398	2.457	2.905	3.309	3.440	3.808	4.100	4.648	5.266	5.574	6.118

Tabela 101 – Plano de técnicos de saúde para a província de Tete

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	Médico Hospitalar - Anestesiologia e Reanimacao	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
2	Médico Hospitalar - Cirurgião	7	4	4	5	6	6	6	7	7	7	10
3	Médico Hospitalar - Cirurgiao pediatrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	Médico Hospitalar - Dermatologista	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
5	Médico Hospitalar - Ginecologista	3	4	4	4	6	6	6	6	6	6	10
6	Médico Hospitalar - Imagiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Médico Hospitalar - Internista	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8	Médico Hospitalar - Legista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	Médico Hospitalar - Microbiologista	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
10	Médico Hospitalar - Neurologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Médico Hospitalar - Oftalmologista	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
12	Médico Hospitalar - Ortopedista	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
13	Médico Hospitalar - Otorrino	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	Médico Hospitalar - Patologista	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	Médico Hospitalar - Pediatra	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4
16	Médico Hospitalar - Psiquiatra	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	Médico Hospitalar - Urologista	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	Médico Hospitalar - Neonatologista	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
19	Médico Hospitalar - Estomatologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	Médico Hospitalar - Hematologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Médico Hospitalar - Cardiologia	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
22	Médico Hospitalar - Gastroenterologia	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
23	Médico Hospitalar - Cirurgião plástico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	Médico Hospitalar - Cirurgião Torácico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	Médico Hospitalar - Neurocirurgião	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
26	Médico Hospitalar - Cirurgião Maxilo facial	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	Médico Hospitalar - Análise Clínicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	Médico Hospitalar - Pneumologista	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1
29	Médico Hospitalar - Oncologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
30	Médico Hospitalar - Nefrologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	Médico Hospitalar - Endocrinologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	Médico Hospitalar - Doenças infecto-contagiosas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33	Médico Hospitalar - Geriatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
34	Médico Hospitalar - Cirurgia vascular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	Médico Hospitalar - Cirurgia cardíaca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos pediátricos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos adultos	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
38	Médico Hospitalar - Ortoprotesista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	Médico Hospitalar - Fisioterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	Técnico de Otorrinolaringologia	0	2	2	3	4	5	5	5	5	5	9
41	Técnico de prótese - ortoprotesia	1	2	2	3	4	4	4	4	4	4	7
42	Fisioterapeuta A	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
43	Médico de Clínica Geral	61	96	107	124	140	145	144	144	152	150	183
44	Médico especialista em Medicina Familiar e Comunitária	0	0	1	1	2	2	2	3	3	3	4
45	Médico Dentista	13	13	14	14	16	17	17	17	17	18	20
46	Médico Hospitalar - Neurologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
47	Médico Hospitalar - Hematologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	Médico Hospitalar - Nefrologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	Médico Hospitalar - Pneumologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	Médico Hospitalar - Cardiologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	Médico Hospitalar - Infecologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	Médico Hospitalar - Gastroenterologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	Médico Hospitalar - Alergologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
54	Médico Hospitalar - Genética pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
55	Enfermeiro A	31	35	35	38	45	47	47	47	46	55	71
56	Enfermeira de Saúde Materna A	1	4	4	5	8	9	9	10	10	10	17
57	Enfermeiro Pediatra A	0	1	2	3	4	5	5	6	7	8	11
58	Farmacêutico A	11	12	12	13	15	15	15	16	16	16	19
59	Técnico de Laboratório A	11	7	7	7	9	9	9	9	9	9	13
60	Técnico de Instrumentação A	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
61	Técnico de cirurgia A	0	4	4	5	7	8	8	8	8	8	13
62	Técnico de administração hospitalar A	11	15	15	16	17	18	18	18	18	19	21
63	Nutricionista A	8	10	11	11	13	13	13	14	14	14	16
64	Psicólogo Clínico A	15	14	14	15	16	17	17	18	18	19	20
65	Enfermeiro Geral	414	230	253	323	406	472	509	550	614	643	838
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	379	211	252	296	357	401	432	466	513	555	661
67	Técnico de Medicina	205	153	173	193	205	224	239	255	269	284	321
68	Técnico de Medicina Preventiva	121	118	135	148	149	158	173	194	214	235	258
69	Técnico de Farmácia	142	100	122	143	178	206	228	251	272	293	352
70	Técnico de Laboratório C	155	91	119	140	147	173	186	200	219	238	276
71	Técnico de Anestesiologia	9	16	20	20	26	28	27	27	26	25	40
72	Técnico de Instrumentação	20	23	21	30	41	45	45	46	45	46	64
73	Técnico de Administração Hospitalar	20	11	10	14	16	17	17	18	18	18	23
74	Técnico de Nutrição	31	20	26	61	94	126	157	188	219	250	290
75	Técnico de Radiologia	17	18	17	17	26	28	27	27	25	25	39
76	Técnico de Odontostomatologia	20	17	21	28	29	33	40	47	54	61	68
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	17	20	24	26	26	28	28	29	28	29	36
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	21	18	18	21	25	27	28	29	29	30	39
79	Técnico de Oftalmologia	9	10	11	12	13	14	15	15	15	15	20
80	Técnico de Tanatologia	0	0	1	1	2	2	2	3	3	4	4
81	Técnico de prótese - Prótese dentária	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
82	Técnico de ortoprotesia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Técnico de prótese dentária A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	Técnico de Anestesiologia A	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
85	Técnico de estatística sanitária	4	13	22	24	21	23	25	26	27	29	35
86	Médico Hospitalar - acupuntura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
87	Médico de Saúde Pública	0	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
88	Médico Hospitalar - logofoniatra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	0	3	5	6	7	9	10	12	13	14	22
90	Técnico de Radioterapia A	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
91	Técnico de Radiologia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
126	Ortopistas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
127	Ópticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
128	Técnico de Optometria A	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
129	Técnico superior em saúde pública	1	0	1	1	1	1	2	2	2	3	3
130	Médico Hospitalar - Medicina Tradicional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		1.777	1.324	1.513	1.801	2.113	2.375	2.554	2.753	2.984	3.188	3.871

Tabela 102 – Plano de técnicos de saúde para a província de Manica

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	Médico Hospitalar - Anestesiologia e Reanimacao	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
2	Médico Hospitalar - Cirurgião	7	4	4	5	6	6	6	7	7	7	10
3	Médico Hospitalar - Cirurgiao pediatrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	Médico Hospitalar - Dermatologista	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
5	Médico Hospitalar - Ginecologista	3	4	4	4	6	6	6	6	6	6	10
6	Médico Hospitalar - Imagiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Médico Hospitalar - Internista	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8	Médico Hospitalar - Legista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	Médico Hospitalar - Microbiologista	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
10	Médico Hospitalar - Neurologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Médico Hospitalar - Oftalmologista	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
12	Médico Hospitalar - Ortopedista	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
13	Médico Hospitalar - Otorrino	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	Médico Hospitalar - Patologista	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	Médico Hospitalar - Pediatra	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4
16	Médico Hospitalar - Psiquiatra	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	Médico Hospitalar - Urologista	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	Médico Hospitalar - Neonatologista	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
19	Médico Hospitalar - Estomatologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	Médico Hospitalar - Hematologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Médico Hospitalar - Cardiologia	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
22	Médico Hospitalar - Gastroenterologia	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
23	Médico Hospitalar - Cirurgião plástico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	Médico Hospitalar - Cirurgião Torácico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	Médico Hospitalar - Neurocirurgião	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
26	Médico Hospitalar - Cirurgião Maxilo facial	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	Médico Hospitalar - Análise Clínicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	Médico Hospitalar - Pneumologista	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1
29	Médico Hospitalar - Oncologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
30	Médico Hospitalar - Nefrologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	Médico Hospitalar - Endocrinologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	Médico Hospitalar - Doenças infecto-contagiosas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33	Médico Hospitalar - Geriatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
34	Médico Hospitalar - Cirurgia vascular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	Médico Hospitalar - Cirurgia cardíaca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos pediátricos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos adultos	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
38	Médico Hospitalar - Ortoprotésista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	Médico Hospitalar - Fisioterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	Técnico de Otorrinolaringologia	0	2	2	3	4	5	5	5	5	5	9
41	Técnico de prótese - ortoprotesia	1	2	2	3	4	4	4	4	4	4	7
42	Fisioterapeuta A	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
43	Médico de Clínica Geral	61	96	107	124	140	145	144	144	152	150	183
44	Médico especialista em Medicina Familiar e Comunitária	0	0	1	1	2	2	2	3	3	3	4
45	Médico Dentista	13	13	14	14	16	17	17	17	17	18	20
46	Médico Hospitalar - Neurologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
47	Médico Hospitalar - Hematologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	Médico Hospitalar - Nefrologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	Médico Hospitalar - Pneumologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	Médico Hospitalar - Cardiologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	Médico Hospitalar - Infecologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	Médico Hospitalar - Gastroenterologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	Médico Hospitalar - Alergologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
54	Médico Hospitalar - Genética pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55	Enfermeiro A	31	35	35	38	45	47	47	47	46	55	71
56	Enfermeira de Saúde Materna A	1	4	4	5	8	9	9	10	10	10	17
57	Enfermeiro Pediatra A	0	1	2	3	4	5	5	6	7	8	11
58	Farmacêutico A	11	12	12	13	15	15	15	16	16	16	19
59	Técnico de Laboratório A	11	7	7	7	9	9	9	9	9	9	13
60	Técnico de Instrumentação A	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
61	Técnico de cirurgia A	0	4	4	5	7	8	8	8	8	8	13
62	Técnico de administração hospitalar A	11	15	15	16	17	18	18	18	18	19	21
63	Nutricionista A	8	10	11	11	13	13	13	14	14	14	16
64	Psicólogo Clínico A	15	14	14	15	16	17	17	18	18	19	20
65	Enfermeiro Geral	414	230	253	323	406	472	509	550	614	643	838
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	379	211	252	296	357	401	432	466	513	555	661
67	Técnico de Medicina	205	153	173	193	205	224	239	255	269	284	321
68	Técnico de Medicina Preventiva	121	118	135	148	149	158	173	194	214	235	258
69	Técnico de Farmácia	142	100	122	143	178	206	228	251	272	293	352
70	Técnico de Laboratório C	155	91	119	140	147	173	186	200	219	238	276
71	Técnico de Anestesiologia	9	16	20	20	26	28	27	27	26	25	40
72	Técnico de Instrumentação	20	23	21	30	41	45	45	46	45	46	64

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
73	Técnico de Administração Hospitalar	20	11	10	14	16	17	17	18	18	18	23
74	Técnico de Nutrição	31	20	26	61	94	126	157	188	219	250	290
75	Técnico de Radiologia	17	18	17	17	26	28	27	27	25	25	39
76	Técnico de Odontostomatologia	20	17	21	28	29	33	40	47	54	61	68
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	17	20	24	26	26	28	28	29	28	29	36
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	21	18	18	21	25	27	28	29	29	30	39
79	Técnico de Oftalmologia	9	10	11	12	13	14	15	15	15	15	20
80	Técnico de Tanatologia	0	0	1	1	2	2	2	3	3	4	4
81	Técnico de prótese - Prótese dentária	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
82	Técnico de ortoprotesia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Técnico de prótese dentária A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	Técnico de Anestesiologia A	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
85	Técnico de estatística sanitária	4	13	22	24	21	23	25	26	27	29	35
86	Médico Hospitalar - acupuntura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
87	Médico de Saúde Pública	0	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
88	Médico Hospitalar - logofoniatra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	0	3	5	6	7	9	10	12	13	14	22
90	Técnico de Radioterapia A	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
91	Técnico de Radiologia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
126	Ortopetistas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
127	Ópticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
128	Técnico de Optometria A	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
129	Técnico superior em saúde pública	1	0	1	1	1	1	2	2	2	3	3
130	Médico Hospitalar - Medicina Tradicional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		1.777	1.324	1.513	1.801	2.113	2.375	2.554	2.753	2.984	3.188	3.871

Tabela 103 – Plano de técnicos de saúde para a província de Sofala

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	Médico Hospitalar - Anestesiologia e Reanimacao	2	6	6	6	6	6	7	7	8	8	8
2	Médico Hospitalar - Cirurgião	8	11	11	13	14	14	15	16	16	16	17
3	Médico Hospitalar - Cirurgiao pediatrico	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	Médico Hospitalar - Dermatologista	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4
5	Médico Hospitalar - Ginecologista	7	9	11	12	13	14	15	16	16	16	16
6	Médico Hospitalar - Imagiologia	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3
7	Médico Hospitalar - Internista	6	12	12	12	13	13	13	14	14	14	13
8	Médico Hospitalar - Legista	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	Médico Hospitalar - Microbiologista	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1
10	Médico Hospitalar - Neurologista	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
11	Médico Hospitalar - Oftalmologista	3	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
12	Médico Hospitalar - Ortopedista	7	10	10	11	11	11	12	12	12	12	13
13	Médico Hospitalar - Otorrino	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5
14	Médico Hospitalar - Patologista	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
15	Médico Hospitalar - Pediatra	5	10	9	9	11	12	13	13	14	15	14
16	Médico Hospitalar - Psiquiatra	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	Médico Hospitalar - Urologista	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
18	Médico Hospitalar - Neonatologista	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
19	Médico Hospitalar - Estomatologista	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
20	Médico Hospitalar - Hematologista	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
21	Médico Hospitalar - Cardiologia	1	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4
22	Médico Hospitalar - Gastroenterologia	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3
23	Médico Hospitalar - Cirurgião plástico	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
24	Médico Hospitalar - Cirurgião Torácico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	Médico Hospitalar - Neurocirurgião	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
26	Médico Hospitalar - Cirurgião Maxilo facial	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3
27	Médico Hospitalar - Análise Clínicas	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
28	Médico Hospitalar - Pneumologista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
29	Médico Hospitalar - Oncologista	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
30	Médico Hospitalar - Nefrologia	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
31	Médico Hospitalar - Endocrinologia	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
32	Médico Hospitalar - Doenças infecto-contagiosas	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	Médico Hospitalar - Geriatria	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
34	Médico Hospitalar - Cirurgia vascular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	Médico Hospitalar - Cirurgia cardíaca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos pediátricos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos adultos	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
38	Médico Hospitalar - Ortoprotesista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	Médico Hospitalar - Fisioterapia	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
40	Técnico de Otorrinolaringologia	1	2	4	5	5	6	7	8	8	8	9
41	Técnico de prótese - ortoprotesia	1	2	3	5	4	4	4	4	4	4	4
42	Fisioterapeuta A	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
43	Médico de Clínica Geral	124	104	124	137	137	143	153	159	155	154	158
44	Médico especialista em Medicina Familiar e Comunitária	1	1	1	2	3	3	4	4	5	6	6
45	Médico Dentista	17	15	17	18	19	20	21	22	22	22	23
46	Médico Hospitalar - Neurologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
47	Médico Hospitalar - Hematooncologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	Médico Hospitalar - Nefrologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
49	Médico Hospitalar - Pneumologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0
50	Médico Hospitalar - Cardiologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	Médico Hospitalar - Infecologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	Médico Hospitalar - Gastroenterologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	Médico Hospitalar - Alergologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
54	Médico Hospitalar - Genética pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55	Enfermeiro A	66	56	65	71	71	74	79	81	79	78	80
56	Enfermeira de Saúde Materna A	7	5	8	10	11	12	15	16	16	17	18
57	Enfermeiro Pediatra A	1	2	3	5	6	8	10	11	13	14	16
58	Farmacêutico A	12	18	20	21	22	22	23	24	24	24	25
59	Técnico de Laboratório A	22	19	21	23	23	24	25	26	25	25	25
60	Técnico de Instrumentação A	5	4	5	6	7	8	8	9	10	11	12
61	Técnico de cirurgia A	6	4	7	9	9	10	11	12	12	12	13
62	Técnico de administração hospitalar A	30	19	21	22	23	23	24	25	26	26	26
63	Nutricionista A	4	14	15	17	17	18	19	20	20	20	21
64	Psicólogo Clínico A	7	17	18	19	20	21	22	23	23	24	24
65	Enfermeiro Geral	833	388	485	576	626	700	790	868	902	946	1.015
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	553	260	339	398	438	489	550	604	638	669	714
67	Técnico de Medicina	366	183	215	241	246	270	296	320	340	361	385
68	Técnico de Medicina Preventiva	170	130	151	166	164	174	185	195	203	212	222
69	Técnico de Farmácia	184	117	142	156	170	189	212	232	244	257	277
70	Técnico de Laboratório C	153	107	145	165	157	167	181	191	193	197	207
71	Técnico de Anestesiologia	24	15	31	35	31	34	38	41	39	37	39
72	Técnico de Instrumentação	24	22	34	48	44	46	52	54	50	48	49
73	Técnico de Administração Hospitalar	15	17	17	25	25	26	28	29	29	30	30
74	Técnico de Nutrição	12	25	33	46	54	63	73	83	92	101	112
75	Técnico de Radiologia	30	21	29	31	33	36	41	43	41	40	42
76	Técnico de Odontostomatologia	35	21	26	36	36	41	46	50	54	59	63
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	22	25	32	36	32	33	36	38	38	38	40
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	23	27	32	36	37	40	44	47	47	48	50
79	Técnico de Oftalmologia	15	12	15	17	16	17	19	20	21	21	22
80	Técnico de Tanatologia	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2
81	Técnico de prótese - Prótese dentária	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
82	Técnico de ortoprotesia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Técnico de prótese dentária A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	Técnico de Anestesiologia A	5	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9
85	Técnico de estatística sanitária	7	13	26	28	22	25	28	30	31	33	35
86	Médico Hospitalar - acupuntura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
87	Médico de Saúde Pública	2	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
88	Médico Hospitalar - logofoniatra	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	2	4	8	11	10	13	16	20	22	24	27
90	Técnico de Radioterapia A	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
91	Técnico de Radiologia A	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
126	Ortopistas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
127	Ópticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
128	Técnico de Optometria A	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
129	Técnico superior em saúde pública	4	0	0	1	1	1	2	2	2	2	3
130	Médico Hospitalar - Medicina Tradicional	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		2.865	1.778	2.207	2.548	2.651	2.900	3.211	3.470	3.591	3.737	3.962

Tabela 104 – Plano de técnicos de saúde para a província de Inhambane

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	Médico Hospitalar - Anestesiologia e Reanimacao	1	1	3	3	3	3	3	4	4	4	4
2	Médico Hospitalar - Cirurgião	7	4	7	8	8	9	10	10	13	13	12
3	Médico Hospitalar - Cirurgiao pediatrico	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	Médico Hospitalar - Dermatologista	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	Médico Hospitalar - Ginecologista	5	3	6	7	7	8	9	10	12	12	12
6	Médico Hospitalar - Imagiologia	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
7	Médico Hospitalar - Internista	5	4	6	7	7	7	7	7	7	8	7
8	Médico Hospitalar - Legista	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	Médico Hospitalar - Microbiologista	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	Médico Hospitalar - Neurologista	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	Médico Hospitalar - Oftalmologista	2	1	2	2	3	3	3	4	4	4	4
12	Médico Hospitalar - Ortopedista	4	1	3	3	3	3	3	3	3	3	4
13	Médico Hospitalar - Otorrino	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
14	Médico Hospitalar - Patologista	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
15	Médico Hospitalar - Pediatra	3	2	5	5	5	6	6	7	7	8	7
16	Médico Hospitalar - Psiquiatra	0	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
17	Médico Hospitalar - Urologista	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
18	Médico Hospitalar - Neonatologista	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
19	Médico Hospitalar - Estomatologista	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
20	Médico Hospitalar - Hematologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Médico Hospitalar - Cardiologia	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2
22	Médico Hospitalar - Gastroenterologia	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23	Médico Hospitalar - Cirurgião plástico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	Médico Hospitalar - Cirurgião Torácico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	Médico Hospitalar - Neurocirurgião	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	Médico Hospitalar - Cirurgião Maxilo facial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	Médico Hospitalar - Análise Clínicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	Médico Hospitalar - Pneumologista	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
29	Médico Hospitalar - Oncologista	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30	Médico Hospitalar - Nefrologia	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
31	Médico Hospitalar - Endocrinologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	Médico Hospitalar - Doenças infecto-contagiosas	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	Médico Hospitalar - Geriatria	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
34	Médico Hospitalar - Cirurgia vascular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	Médico Hospitalar - Cirurgia cardíaca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos pediátricos	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
37	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos adultos	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
38	Médico Hospitalar - Ortoprotésista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	Médico Hospitalar - Fisioterapia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	Técnico de Otorrinolaringologia	3	2	4	5	5	5	7	7	10	10	10
41	Técnico de prótese - ortoprotesia	4	2	3	5	5	5	6	6	8	8	8
42	Fisioterapeuta A	1	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5
43	Médico de Clínica Geral	80	105	113	110	110	116	126	132	135	133	125
44	Médico especialista em Medicina Familiar e Comunitária	0	1	1	2	3	4	5	5	6	7	8
45	Médico Dentista	13	15	17	18	18	19	20	21	23	23	23
46	Médico Hospitalar - Neurologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
47	Médico Hospitalar - Hematologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	Médico Hospitalar - Nefrologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	Médico Hospitalar - Pneumologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	Médico Hospitalar - Cardiologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	Médico Hospitalar - Infecologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	Médico Hospitalar - Gastroenterologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	Médico Hospitalar - Alergologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
54	Médico Hospitalar - Genética pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55	Enfermeiro A	35	40	52	54	54	56	61	64	66	65	62
56	Enfermeira de Saúde Materna A	13	4	7	8	8	10	12	13	18	19	18
57	Enfermeiro Pediatra A	0	1	2	4	5	6	7	8	11	12	12
58	Farmacêutico A	10	12	16	17	17	17	18	19	22	22	21
59	Técnico de Laboratório A	8	7	10	11	11	12	13	14	17	16	16
60	Técnico de Instrumentação A	0	0	1	1	1	2	2	2	2	2	2
61	Técnico de cirurgia A	9	4	7	8	8	9	11	12	15	15	14
62	Técnico de administração hospitalar A	8	14	16	17	17	18	19	20	22	22	22
63	Nutricionista A	12	13	15	15	16	17	17	18	20	21	20
64	Psicólogo Clínico A	12	15	17	18	18	19	20	21	23	23	23
65	Enfermeiro Geral	427	222	324	372	403	450	502	540	567	560	561
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	476	227	308	339	359	389	424	452	523	538	552

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
67	Técnico de Medicina	192	171	196	213	214	218	223	227	243	243	254
68	Técnico de Medicina Preventiva	172	128	147	159	155	163	171	178	189	195	200
69	Técnico de Farmácia	114	108	126	127	131	138	151	160	189	193	191
70	Técnico de Laboratório C	129	100	141	154	146	145	149	149	159	162	160
71	Técnico de Anestesiologia	14	13	30	32	28	30	35	37	49	47	44
72	Técnico de Instrumentação	23	19	33	43	39	41	47	49	63	60	55
73	Técnico de Administração Hospitalar	12	12	14	20	20	21	23	24	28	28	28
74	Técnico de Nutrição	4	23	29	34	33	33	33	33	36	35	33
75	Técnico de Radiologia	17	16	25	25	27	29	34	36	47	46	43
76	Técnico de Odontostomatologia	23	18	23	31	30	34	34	34	36	39	41
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	17	28	37	39	35	36	39	41	46	47	46
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	23	18	25	27	28	30	33	36	43	44	44
79	Técnico de Oftalmologia	5	11	15	16	15	16	18	19	23	24	23
80	Técnico de Tanatologia	0	0	2	2	3	4	5	6	6	7	8
81	Técnico de prótese - Prótese dentária	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
82	Técnico de ortoprotesia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Técnico de prótese dentária A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	Técnico de Anestesiologia A	3	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3
85	Técnico de estatística sanitária	4	14	26	28	22	25	28	30	35	36	37
86	Médico Hospitalar - acupuntura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
87	Médico de Saúde Pública	0	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
88	Médico Hospitalar - logofoniatra	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	1	4	8	10	9	12	15	18	25	27	29
90	Técnico de Radioterapia A	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3
91	Técnico de Radiologia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
126	Ortoptistas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
127	Ópticos	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
128	Técnico de Optometria A	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
129	Técnico superior em saúde pública	1	0	1	1	1	1	2	2	2	2	3
130	Médico Hospitalar - Medicina Tradicional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		1.900	1.401	1.851	2.033	2.067	2.205	2.392	2.523	2.800	2.829	2.832

Tabela 105 – Plano de técnicos de saúde para a província de Gaza

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	Médico Hospitalar - Anestesiologia e Reanimacao	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
2	Médico Hospitalar - Cirurgião	5	5	5	5	6	7	7	8	9	9	9
3	Médico Hospitalar - Cirurgiao pediatrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	Médico Hospitalar - Dermatologista	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
5	Médico Hospitalar - Ginecologista	3	4	4	5	6	7	7	8	9	9	9
6	Médico Hospitalar - Imagiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Médico Hospitalar - Internista	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
8	Médico Hospitalar - Legista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	Médico Hospitalar - Microbiologista	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
10	Médico Hospitalar - Neurologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Médico Hospitalar - Oftalmologista	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
12	Médico Hospitalar - Ortopedista	5	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
13	Médico Hospitalar - Otorrino	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	Médico Hospitalar - Patologista	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	Médico Hospitalar - Pediatra	4	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4
16	Médico Hospitalar - Psiquiatra	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	Médico Hospitalar - Urologista	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
18	Médico Hospitalar - Neonatologista	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
19	Médico Hospitalar - Estomatologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	Médico Hospitalar - Hematologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Médico Hospitalar - Cardiologia	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
22	Médico Hospitalar - Gastroenterologia	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
23	Médico Hospitalar - Cirurgião plástico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	Médico Hospitalar - Cirurgião Torácico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	Médico Hospitalar - Neurocirurgião	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
26	Médico Hospitalar - Cirurgião Maxilo facial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	Médico Hospitalar - Análise Clínicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	Médico Hospitalar - Pneumologista	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1
29	Médico Hospitalar - Oncologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
30	Médico Hospitalar - Nefrologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	Médico Hospitalar - Endocrinologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	Médico Hospitalar - Doenças infecto-contagiosas	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33	Médico Hospitalar - Geriatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
34	Médico Hospitalar - Cirurgia vascular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	Médico Hospitalar - Cirurgia cardíaca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos pediátricos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos adultos	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
38	Médico Hospitalar - Ortoprotesista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	Médico Hospitalar - Fisioterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	Técnico de Otorrinolaringologia	1	3	3	3	4	6	6	7	8	8	8
41	Técnico de prótese - ortoprotesia	6	2	2	4	4	5	5	6	6	6	6
42	Fisioterapeuta A	5	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
43	Médico de Clínica Geral	66	100	99	104	116	126	131	136	145	143	137
44	Médico especialista em Medicina Familiar e Comunitária	2	0	1	1	2	2	3	3	3	4	4

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
45	Médico Dentista	14	12	12	13	14	15	16	16	17	18	17
46	Médico Hospitalar - Neurologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
47	Médico Hospitalar - Hematooncologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	Médico Hospitalar - Nefrologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	Médico Hospitalar - Pneumologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	Médico Hospitalar - Cardiologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	Médico Hospitalar - Infecologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	Médico Hospitalar - Gastroenterologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	Médico Hospitalar - Alergologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
54	Médico Hospitalar - Genética pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55	Enfermeiro A	34	38	38	40	45	49	52	54	58	58	56
56	Enfermeira de Saúde Materna A	4	5	5	6	8	10	11	13	15	15	15
57	Enfermeiro Pediatra A	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
58	Farmacêutico A	14	12	12	12	13	14	15	16	17	17	16
59	Técnico de Laboratório A	11	7	7	8	9	10	11	11	12	12	12
60	Técnico de Instrumentação A	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
61	Técnico de cirurgia A	2	5	5	6	7	9	9	10	12	12	11
62	Técnico de administração hospitalar A	9	13	13	14	15	16	16	17	18	18	18
63	Nutricionista A	9	10	10	11	12	13	13	14	15	15	15
64	Psicólogo Clínico A	7	12	13	14	15	16	16	17	18	18	18
65	Enfermeiro Geral	450	246	258	277	311	345	364	390	430	428	437
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	318	228	266	287	318	351	374	400	432	454	465
67	Técnico de Medicina	284	169	187	203	209	235	258	281	307	326	336
68	Técnico de Medicina Preventiva	134	119	129	134	128	131	132	134	136	142	146
69	Técnico de Farmácia	74	109	110	110	121	133	140	149	160	163	161
70	Técnico de Laboratório C	74	100	119	130	131	138	140	143	148	145	139
71	Técnico de Anestesiologia	5	18	23	24	26	31	33	36	39	38	35
72	Técnico de Instrumentação	14	26	25	30	33	37	37	37	39	35	30
73	Técnico de Administração Hospitalar	14	11	10	14	15	17	18	19	20	20	20
74	Técnico de Nutrição	5	23	28	34	36	38	39	41	43	43	43
75	Técnico de Radiologia	14	21	19	19	26	30	32	35	38	37	35
76	Técnico de Odontostomatologia	23	19	23	30	30	34	34	34	35	37	40
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	20	22	26	27	26	29	30	32	34	34	34
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	26	18	19	21	24	27	29	31	34	35	35
79	Técnico de Oftalmologia	3	10	11	12	13	14	16	17	18	19	18
80	Técnico de Tanatologia	0	0	1	1	2	2	2	3	3	4	4
81	Técnico de prótese - Prótese dentária	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
82	Técnico de ortoprotesia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Técnico de prótese dentária A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	Técnico de Anestesiologia A	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
85	Técnico de estatística sanitária	6	12	21	23	19	22	24	26	28	30	30

Ref	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
86	Médico Hospitalar - acupuntura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
87	Médico de Saúde Pública	2	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
88	Médico Hospitalar - logofoniatra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	2	3	5	7	7	10	12	15	18	20	21
90	Técnico de Radioterapia A	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
91	Técnico de Radiologia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
126	Ortoptistas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
127	Ópticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
128	Técnico de Optometria A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
129	Técnico superior em saúde pública	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2
130	Médico Hospitalar - Medicina Tradicional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		1.681	1.413	1.535	1.661	1.786	1.966	2.075	2.204	2.374	2.423	2.432

Tabela 106 – Plano de técnicos de saúde para a província de Maputo Província

#	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	Médico Hospitalar - Anestesiologia e Reanimacao	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	Médico Hospitalar - Cirurgião	4	5	5	6	8	8	8	9	9	10	10
3	Médico Hospitalar - Cirurgiao pediatrico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4	Médico Hospitalar - Dermatologista	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	Médico Hospitalar - Ginecologista	3	4	4	5	7	7	7	8	8	9	9
6	Médico Hospitalar - Imagiologia	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
7	Médico Hospitalar - Internista	2	6	5	6	6	6	6	6	6	7	6
8	Médico Hospitalar - Legista	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	Médico Hospitalar - Microbiologista	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
10	Médico Hospitalar - Neurologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Médico Hospitalar - Oftalmologista	0	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3
12	Médico Hospitalar - Ortopedista	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
13	Médico Hospitalar - Otorrino	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2
14	Médico Hospitalar - Patologista	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
15	Médico Hospitalar - Pediatra	4	4	3	4	4	4	5	5	5	6	5
16	Médico Hospitalar - Psiquiatra	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17	Médico Hospitalar - Urologista	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
18	Médico Hospitalar - Neonatologista	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
19	Médico Hospitalar - Estomatologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	Médico Hospitalar - Hematologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Médico Hospitalar - Cardiologia	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
22	Médico Hospitalar - Gastroenterologia	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
23	Médico Hospitalar - Cirurgião plástico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	Médico Hospitalar - Cirurgião Torácico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

#	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
25	Médico Hospitalar - Neurocirurgião	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	Médico Hospitalar - Cirurgião Maxilo facial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	Médico Hospitalar - Análise Clínicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	Médico Hospitalar - Pneumologista	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1
29	Médico Hospitalar - Oncologista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
30	Médico Hospitalar - Nefrologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	Médico Hospitalar - Endocrinologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	Médico Hospitalar - Doenças infecto-contagiosas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33	Médico Hospitalar - Geriatria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
34	Médico Hospitalar - Cirurgia vascular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	Médico Hospitalar - Cirurgia cardíaca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos pediátricos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos adultos	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
38	Médico Hospitalar - Ortoprotesista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	Médico Hospitalar - Fisioterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	Técnico de Otorrinolaringologia	1	2	2	3	4	5	5	5	6	8	7
41	Técnico de prótese - ortoprotesia	0	2	2	4	4	5	5	5	5	6	6
42	Fisioterapeuta A	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
43	Médico de Clínica Geral	111	86	95	117	143	148	147	147	150	165	158
44	Médico especialista em Medicina Familiar e Comunitária	0	1	1	3	5	6	7	9	10	11	12
45	Médico Dentista	38	11	13	15	18	19	19	19	20	21	21
46	Médico Hospitalar - Neurologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
47	Médico Hospitalar - Hematologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	Médico Hospitalar - Nefrologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	Médico Hospitalar - Pneumologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	Médico Hospitalar - Cardiologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	Médico Hospitalar - Infeciologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	Médico Hospitalar - Gastroenterologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	Médico Hospitalar - Alergologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
54	Médico Hospitalar - Genética pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55	Enfermeiro A	55	27	30	39	49	52	51	51	52	60	57
56	Enfermeira de Saúde Materna A	14	3	3	5	8	9	9	9	10	14	13
57	Enfermeiro Pediatra A	0	1	2	3	4	5	6	7	8	10	11
58	Farmacêutico A	8	8	8	9	11	11	11	12	12	14	13
59	Técnico de Laboratório A	7	5	5	6	8	9	9	9	9	11	10
60	Técnico de Instrumentação A	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
61	Técnico de cirurgia A	0	4	4	6	8	9	9	9	10	12	11

#	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
62	Técnico de administração hospitalar A	13	10	10	11	12	13	13	13	14	15	15
63	Nutricionista A	8	9	11	13	16	17	17	17	18	19	19
64	Psicólogo Clínico A	12	11	12	14	16	17	17	17	18	19	19
65	Enfermeiro Geral	291	179	212	303	390	431	456	483	600	731	750
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	332	176	222	277	342	374	395	418	447	505	517
67	Técnico de Medicina	170	131	157	184	203	219	231	244	258	280	290
68	Técnico de Medicina Preventiva	161	93	117	138	148	166	182	198	209	217	221
69	Técnico de Farmácia	89	82	94	111	138	152	161	171	183	208	213
70	Técnico de Laboratório C	100	76	100	124	137	145	147	150	156	172	171
71	Técnico de Anestesiologia	5	12	14	21	27	29	28	28	29	36	33
72	Técnico de Instrumentação	6	17	16	29	38	40	38	37	38	46	42
73	Técnico de Administração Hospitalar	18	10	8	13	15	16	16	17	18	20	20
74	Técnico de Nutrição	18	18	24	48	70	89	107	125	144	165	182
75	Técnico de Radiologia	12	14	13	18	27	29	28	28	29	36	33
76	Técnico de Odontostomatologia	22	15	20	28	30	33	36	38	41	45	48
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	26	18	26	33	37	39	39	40	41	44	44
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	20	12	12	16	20	21	22	23	24	29	29
79	Técnico de Oftalmologia	8	8	10	13	15	17	17	18	19	21	21
80	Técnico de Tanatologia	0	1	1	2	2	3	4	4	5	5	6
81	Técnico de prótese - Prótese dentária	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
82	Técnico de ortoprotesia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Técnico de prótese dentária A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84	Técnico de Anestesiologia A	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
85	Técnico de estatística sanitária	7	9	17	21	19	21	23	24	26	29	30
86	Médico Hospitalar - acupuntura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
87	Médico de Saúde Pública	0	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
88	Médico Hospitalar - logofoniatra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	0	3	5	9	10	13	16	18	21	26	27
90	Técnico de Radioterapia A	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
91	Técnico de Radiologia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
126	Ortoptistas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
127	Ópticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
128	Técnico de Optometria A	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
129	Técnico superior em saúde pública	1	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2
130	Médico Hospitalar - Medicina Tradicional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		1.586	1.099	1.311	1.687	2.034	2.222	2.335	2.461	2.697	3.077	3.125

Tabela 107 – Plano de técnicos de saúde para a província de Maputo Cidade

#	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	Médico Hospitalar - Anestesiologia e Reanimacao	24	10	9	10	10	10	12	12	13	13	14
2	Médico Hospitalar - Cirurgião	23	18	16	18	19	19	20	20	20	20	20
3	Médico Hospitalar - Cirurgiao pediatrico	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2

#	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
4	Médico Hospitalar - Dermatologista	9	5	5	6	6	6	7	8	8	9	8
5	Médico Hospitalar - Ginecologista	27	13	13	14	15	16	16	17	16	16	16
6	Médico Hospitalar - Imagiologia	1	1	2	3	3	3	3	4	4	4	4
7	Médico Hospitalar - Internista	39	23	22	23	24	24	25	25	26	26	24
8	Médico Hospitalar - Legista	5	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3
9	Médico Hospitalar - Microbiologista	4	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2
10	Médico Hospitalar - Neurologista	5	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
11	Médico Hospitalar - Oftalmologista	6	8	8	8	10	11	11	12	12	13	13
12	Médico Hospitalar - Ortopedista	9	16	16	17	18	18	18	19	19	19	20
13	Médico Hospitalar - Otorrino	9	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8
14	Médico Hospitalar - Patologista	6	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4
15	Médico Hospitalar - Pediatra	32	18	17	17	19	21	23	24	25	27	25
16	Médico Hospitalar - Psiquiatra	5	6	6	6	6	7	7	7	8	8	8
17	Médico Hospitalar - Urologista	4	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6
18	Médico Hospitalar - Neonatologista	2	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3
19	Médico Hospitalar - Estomatologista	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
20	Médico Hospitalar - Hematologista	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
21	Médico Hospitalar - Cardiologia	8	4	4	5	6	6	7	7	8	8	9
22	Médico Hospitalar - Gastroenterologia	7	3	4	4	4	4	5	5	5	6	6
23	Médico Hospitalar - Cirurgião plástico	1	2	2	2	3	3	4	4	4	4	5
24	Médico Hospitalar - Cirurgião Torácico	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
25	Médico Hospitalar - Neurocirurgião	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
26	Médico Hospitalar - Cirurgião Maxilo facial	1	2	3	3	4	4	5	5	6	6	6
27	Médico Hospitalar - Análise Clínicas	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
28	Médico Hospitalar - Pneumologista	6	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
29	Médico Hospitalar - Oncologista	4	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3
30	Médico Hospitalar - Nefrologia	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	Médico Hospitalar - Endocrinologia	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2
32	Médico Hospitalar - Doenças infecto-contagiosas	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
33	Médico Hospitalar - Geriatria	1	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2
34	Médico Hospitalar - Cirurgia vascular	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
35	Médico Hospitalar - Cirurgia cardíaca	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
36	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos pediátricos	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
37	Médico Hospitalar - Cuidados Intensivos adultos	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
38	Médico Hospitalar - Ortoprotesista	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
39	Médico Hospitalar - Fisioterapia	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

#	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
40	Técnico de Otorrinolaringologia	4	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
41	Técnico de prótese - ortoprotesia	2	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4
42	Fisioterapeuta A	14	11	11	12	12	12	12	12	12	12	12
43	Médico de Clínica Geral	373	168	166	182	182	190	188	188	184	182	175
44	Médico especialista em Medicina Familiar e Comunitária	0	1	2	4	5	6	8	9	10	11	12
45	Médico Dentista	32	17	17	19	20	21	21	21	21	22	21
46	Médico Hospitalar - Neurologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0
47	Médico Hospitalar - Hematologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0
48	Médico Hospitalar - Nefrologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
49	Médico Hospitalar - Pneumologia Pediátrica	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
50	Médico Hospitalar - Cardiologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0
51	Médico Hospitalar - Infecologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
52	Médico Hospitalar - Gastroenterologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
53	Médico Hospitalar - Alergologia Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
54	Médico Hospitalar - Genética pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0
55	Enfermeiro A	130	83	82	88	88	91	90	90	88	87	84
56	Enfermeira de Saúde Materna A	5	3	3	4	4	5	5	5	5	5	5
57	Enfermeiro Pediatra A	0	2	3	5	6	8	9	11	12	13	14
58	Farmacêutico A	85	41	41	44	45	46	46	47	47	47	46
59	Técnico de Laboratório A	36	27	26	28	28	29	29	29	28	27	26
60	Técnico de Instrumentação A	8	6	7	8	10	11	12	13	14	15	16
61	Técnico de cirurgia A	4	4	4	5	5	6	6	6	6	6	5
62	Técnico de administração hospitalar A	47	21	22	23	23	24	24	25	25	26	25
63	Nutricionista A	27	18	19	21	21	22	23	23	23	24	23
64	Psicólogo Clínico A	66	20	20	22	23	24	25	25	26	26	26
65	Enfermeiro Geral	851	511	556	644	697	777	825	879	911	953	967
66	Enfermeiro de Saúde Materno Infantil C	477	195	228	265	284	311	329	348	362	378	386
67	Técnico de Medicina	145	72	80	95	95	103	108	114	119	125	129
68	Técnico de Medicina Preventiva	126	66	74	85	82	87	90	93	96	99	101
69	Técnico de Farmácia	195	82	87	97	104	114	121	128	133	139	143
70	Técnico de Laboratório C	192	76	91	105	99	104	106	108	109	110	109
71	Técnico de Anestesiologia	24	10	12	13	11	12	12	11	11	11	10
72	Técnico de Instrumentação	32	14	13	17	16	16	16	15	14	13	12
73	Técnico de Administração Hospitalar	21	21	19	26	26	28	28	28	29	29	28
74	Técnico de Nutrição	14	10	12	21	26	31	36	40	45	49	53
75	Técnico de Radiologia	44	18	16	16	17	18	18	18	17	16	15
76	Técnico de Odontostomatologia	16	8	9	13	13	14	15	17	18	19	20
77	Técnico de Psiquiatria E Saúde Mental	42	32	37	42	38	40	40	41	41	41	41
78	Técnico de Medicina Física e Reabilitação	51	30	31	34	36	38	39	41	41	42	42
79	Técnico de Oftalmologia	14	11	12	14	14	15	15	16	16	16	16
80	Técnico de Tanatologia	0	1	1	2	2	3	4	4	5	5	6

#	Ocupação	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
81	Técnico de prótese - Prótese dentária	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
82	Técnico de ortoprotesia A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
83	Técnico de prótese dentária A	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
84	Técnico de Anestesiologia A	7	5	6	7	7	8	9	9	10	11	11
85	Técnico de estatística sanitária	7	11	18	21	17	18	19	21	22	23	23
86	Médico Hospitalar - acupuntura	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
87	Médico de Saúde Pública	11	8	8	8	10	10	10	12	15	17	20
88	Médico Hospitalar - logofoniatra	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
89	Técnico de manutenção de equipamento hospitalar	1	4	7	10	9	12	13	16	17	19	20
90	Técnico de Radioterapia A	6	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
91	Técnico de Radiologia A	2	3	4	4	4	5	5	6	6	7	7
126	Ortoptistas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
127	Ópticos	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
128	Técnico de Optometria A	2	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2
129	Técnico superior em saúde pública	6	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
130	Médico Hospitalar - Medicina Tradicional	2	6	5	5	4	4	3	3	2	2	1
TOTAL		3.387	1.798	1.933	2.207	2.294	2.485	2.597	2.722	2.795	2.893	2.915