

**PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO DOS RNS DA
GUINÉ-BISSAU - 2008-2017**

SIGLAS E ABREVIATURAS

PCE – pacote de cuidados essenciais

ÍNDICE	
SIGLAS E ABREVIATURAS	2
I. Sumario executivo	5
II. DESAFIOS	8
III. PRESSUPOSTOS E RISCOS	9
IV. EVOLUÇÃO E CUSTOS DA FORÇA DE TRABALHO: 2008-2017.....	9
V. EVOLUÇÃO E CUSTOS DA FORÇA DE TRABALHO: 2007-2017.....	11
VI. PRIORIDADES ESTRATÉGICAS	23
A. VERTENTE ESTRATÉGICA I – REFORÇO DA GOVERNAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DO PESSOAL DE SAÚDE.....	27
1. Objectivo Geral.....	27
2. Pacotes de actividades	27
3. Metas	30
4. Assistência técnica.....	31
B. VERTENTE ESTRATÉGICA II – REFORÇO DOS VALORES DE REFERÊNCIA	31
1. Objectivo Geral.....	31
2. Pacotes de actividades	31
3. Metas	32
4. Assistência técnica.....	33
C. VERTENTE ESTRATÉGICA III – MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E MOTIVAÇÃO DO PESSOAL	33
1. Objectivo Geral.....	33
2. Pacotes de actividades	33
3. Metas	34
4. Assistência técnica.....	34
D. VERTENTE ESTRATÉGICA IV – REFORÇO DA CAPACIDADE DE FORMAÇÃO	34
1. Objectivo Geral.....	34
2. Pacotes de actividades	34
3. Metas	35
4. Assistência técnica.....	35
IMPLEMENTAÇÃO DO PNDRHS II	36
5. Objectivo Geral.....	36
6. Fase e pacotes de actividades	36
ANEXO 1 – RECUPERAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE INFRAESTRUTURAS DE FORMAÇÃO	37
ANEXO 2 - IMPLEMENTAÇÃO DO PNDRHS II.....	38

LISTA DE QUADROS

LISTA DE FIGURAS

SUMARIO EXECUTIVO

Este segundo Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS II) do governo da Guiné-Bissau assenta nos princípios e conclusões alcançados da revisão do anterior Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS I) e do primeiro plano de recursos humanos, e integra-se no PNDS II. Assenta em cálculos de perdas e necessidades de pessoal e no estudo dos custos da formação dos recursos humanos e do crescimento da massa salarial. O presente trabalho teve em consideração os desafios e riscos económicos e políticos com que o país se enfrenta, e assenta nos pressupostos da continuação do apoio da comunidade internacional ao desenvolvimento do país, bem como no aumento do número e na diferenciação da força laboral da saúde e da consequente diminuição dos trabalhadores menos diferenciados.

Considerando uma redução estimada de 63% da força laboral até 2017, e tendo em conta o pessoal actualmente em curso de formação, foi calculado que, para atingir-se as dotações mínimas de equipas da saúde (estabelecidas no PNDS II) e fazer face ao crescimento populacional, o pessoal efectivo da saúde terá que crescer de 34,4% ao longo de dez anos, passando dos actuais 2.118 em 2007 para 2.846 unidades até 2017. O pessoal técnico da saúde precisará de crescer de 1.801 para 1.863 unidades, trazendo, entre os outros efeitos, o crescimento em 55% do número de profissionais de saúde de nível médio; o crescimento em 42% do número de médicos, e a duplicação do número de enfermeiros gerais. Para fazer face às perdas e atingirmos o número desejado de efectivos até 2017 estimou-se que terão de ser formado mais 1.748 trabalhadores da saúde, dos quais 170 novos médicos gerais, 45 especialistas, 495 técnicos médios e 978 enfermeiros.

Em relação aos custos da formação e contratação dos novos quadros, estimou-se que a formação local de quadros da saúde custará por volta de 3,44 mil milhões de CFAs (6,72 milhões de USD) até 2017, enquanto que o valor de bolsas para a formação no estrangeiro foi calculado em 2,92 mil milhões de CFAs (5,71 milhões de USD). Até 2017 a massa salarial paga pelo Orçamento Geral do Estado terá de aumentar para 3,38 mil milhões de CFAs a preços constantes de 2009, ou 4,28 mil milhões tendo em conta a inflação prevista. Foi também estimado que uma política de descompressão salarial visando aumentar de 25% o salário dos técnicos superiores e de 10% os dos técnicos

médios da saúde, aumentaria o orçamento para salários e subsídios em 2017 para 3,79 mil milhões de CFAs a preços constantes, ou 4,80 a preços correntes.

Com base nas orientações afloradas pelo PNDS II, quatro vertentes estratégicas são propostas no presente plano para corrigir a situação dos RHS na Guiné-Bissau, a saber: (1) Reforço da governação, administração e gestão do pessoal de saúde; (2) Reforço dos valores de referência; (3) Melhoria das condições de trabalho e motivação do pessoal, e; (4) Reforço da capacidade de formação/produção dos recursos humanos da saúde. No que diz respeito à primeira vertente estratégica, o PNSRH II apresenta um conjunto de actividades consideradas necessárias à realização dos objectivos ligados à governação e gestão do pessoal da saúde, a saber: (a) Capacitar a DRHO com recursos, competências e instrumentos necessários; (b) Implementar e fazer funcionar uma estrutura de coordenação da estratégia de RHS integrada na equipa de gestão do PNDS; (c) Propor, adoptar e implementar uma estrutura de gestão de RHS, criando o quadro de pessoal necessário, com as competências e instrumentos necessários; (d) Definir, legislar e implementar uma nova classificação de profissões de saúde e respectivas carreiras; (e) Rever e desenvolver uma nova pirâmide profissional para o SNS, e; (f) Desenhar, desenvolver, implementar e actualizar um Sistema de Informação do Pessoal adequado aos diversos níveis de gestão de RHS.

Com vista ao reforço dos valores de referência, são propostas as seguintes acções: (a) Conduzir uma reflexão sobre os valores a incluir no PNDS II; (b) Instalar uma Ordem das Profissões de Saúde e Associações Profissionais, para o exercício da sua função reguladora do exercício profissional para benefício do cidadão; (c) Capacitar o Ministério da Saúde Pública para o exercício da sua função reguladora e controladora do sistema de saúde; (d) Apoio a uma cidadania informada, e; (e) Socialização em IF conducente a comportamentos norteados pelos valores orientadores.

O pacote de actividade previsto para a melhoria das condições de trabalho e motivação do pessoal da saúde inclui, por um lado, (a) Rever o quadro de salários, subsídios e incentivos, financeiros e não-financeiros, dos critérios de atribuição dos mesmos, e o sistema de pagamento e, por outro lado, (b) Garantir as condições técnicas necessárias para o bom desempenho profissional, e (c) Garantir condições de biossegurança aos trabalhadores da saúde.

Por fim, com vista ao reforço da capacidade de formação do Ministério da Saúde Pública, este plano prevê, como primeira actividade, o apoio à faculdade de medicina para satisfazer as necessidades de médicos generalistas do SNS numa década, mas também a identificação de formas de a tornar sustentável com recursos guineenses, incluindo quadro de professores. A segunda actividade para esta vertente estratégica refere-se à melhoria das condições de trabalho e motivação do pessoal da Escola Nacional de Saúde de forma a garantir a optimização do seu funcionamento. Por último, considera-se fundamental o desenvolvimento e a implementação dum programa de formação para gestores do SNS.

A implementação deste PNDRHS II passará por várias fases, desde a refinação e aprovação ministerial do plano, até o seu lançamento e a sua adequação às exigências futuras. Este plano propõe, por fim, um conjunto de actividade visando a execução das acções acima referidas, como a criação dum Grupo de Monitoria e Implementação, o desenvolvimento de acções de comunicação sobre os RHS, até a contratação de assistência técnica específica para a realização de estudos pontuais, e o desenvolvimento de um sistema de monitoria e avaliação da implementação do plano.

I. DESAFIOS

Este é um PNDRHS ao serviço de valores profissionais e de missão pública. O PNDRHS II está pensado como um plano semi-aberto; realista e sustentável; devidamente custeado no âmbito do PNDS II. Reconhece a realidade da actividade privada, das mutualidades a emergir, do papel do sector social (ONG, missões), dos esquemas de cobranças ilícitas e da aparente incapacidade do Estado prestar cuidados mínimos a todos os cidadãos. São desenvolvidos 4 eixos estratégicos nacionais, a serem apropriados pela periferia através de planos estratégicos regionais e locais. É ainda definida uma estratégia de implementação deste PNDRHS.

Foi pensado tendo em conta uma realidade complexa, com vários desafios que não podem ser ignorados (Quadro1).

QUADRO 1. DESAFIOS PARA O FUTURO

<p>Desafios sociais</p> <ul style="list-style-type: none">■ Considerar o crescimento rápido da população■ Ter em conta a rápida urbanização■ Reconhecer a dimensão da pobreza■ Combater o baixo nível de alfabetização■ Corrigir o fraco domínio da língua Portuguesa, mesmo entre os profissionais de saúde■ Compensar instituições públicas frágeis■ Contrabalançar uma sociedade civil frágil■ Corrigir desigualdades marcantes entre áreas sanitárias■ Combater a corrupção generalizada■ Reconhecer e combater o VIH e o impacto social e nos RHS■ Acautelar a problemática associada aos carteis de drogas
<p>Desafios económicas</p> <ul style="list-style-type: none">■ Tomar em conta o contexto caótico e predominantemente informal da economia■ Assumir a dependência de doadores externos■ Desenvolver mecanismos para corrigir a incapacidade da remuneração acompanhar as expectativas do RHS
<p>Desafios da globalização</p> <ul style="list-style-type: none">■ Prevenir a fuga de quadros para o exterior■ Garantir uma linha de rumo coerente ao mesmo tempo que se acomodam “modas” “impostas” pelas organizações internacionais
<p>Desafios da cobertura</p> <ul style="list-style-type: none">■ Aumentar a cobertura de população pelos serviços a par e passo com a expansão do quadro de RHS, dando prioridade às áreas sanitárias consideradas prioritárias
<p>Desafios das políticas profissionais</p> <ul style="list-style-type: none">■ Reconhecer que a actual política de saúde precisa de ser actualizada■ Repor os valores de serviço público e de serviço profissional■ Adoptar uma nova classificação das profissões de saúde■ Considerar a criação de novas profissões de nível médio (como os técnicos de cirurgia e de anestesia)■ Rever a estrutura das carreiras e escalas salariais que lhes estão associadas■ Adaptar a formação à nova estrutura de carreiras e correspondente planeamento■ Apostar, não só em mais formação, mas sim em formação com mais qualidade■ Apostar em mecanismos mais fortes de regulação profissional (uma única Ordem de Profissionais da Saúde)■ Garantir a segurança biológica e física dos trabalhadores de saúde
<p>Desafios da administração dos RHS</p> <ul style="list-style-type: none">■ Reforçar as estruturas de governação dos RHS■ Desenvolver competências e instrumentos para a gestão de RHS■ Conhecer as realidades a nível institucional e a nível das áreas sanitárias■ Regionalizar as abordagens, respeitando as particularidades de cada Região de Saúde■ Definir os princípios subjacentes a uma reforma da política salarial■ Desenvolver um sistema de subsídios e incentivos que efectivamente contribua para a melhoria do desempenho dos profissionais e equipas de saúde nas regiões■ Reforçar o SIP■ Reformar o sistema de recrutamento de forma a torná-lo expedito e regulamentado■ Adoptar critérios de colocação do pessoal em sintonia com critérios explícitos de equidade (normas de acordo com a instituição, mas tendo em conta isolamento e características de ocupação do território pelas populações)■ Associar entre si as políticas de incentivos, de desenvolvimento profissional contínuo, de avaliação do desempenho, de garantia de qualidade e de procedimentos disciplinares■ Dar uma atenção especial a problemas de microgestão como questões de assiduidade, turnos de trabalho, assiduidade e absentismo

II. PRESSUPOSTOS E RISCOS

Considera-se que para o sucesso da implementação destas vertentes estratégicas deverão considerar-se como prováveis os pressupostos e deverão ser evitados os riscos que a seguir se identificam (Quadro 2).

QUADRO 2 – PRESSUPOSTOS E RISCOS A CONSIDERAR

Pressupostos	Riscos
<ul style="list-style-type: none"> ■ Consolidação do regime de democracia representativa. ■ Disponibilidade ininterrupta de recursos a vários níveis. ■ Progressiva diferenciação do serviço nacional de saúde no sistema de saúde. ■ Clarificação e regulamentação das funções atribuídas aos diferentes níveis de governação, gestão e administração do sistema de saúde. ■ Reconhecimento dos efeitos e exigências do VIH/SIDA na força de trabalho da Saúde e na saúde da população. ■ Renovação, com ou sem reclassificação das unidades de saúde, associadas de uma forma relevante a estratégias avançadas, para garantir melhor distribuição geográfica, perfil profissional mais adequado e melhor acessibilidade. ■ Com melhor reconhecimento, segurança salarial e biossegurança, incentivos à produção, formação e uma gestão mais eficiente e efectiva os trabalhadores irão aumentar o volume e qualidade dos serviços prestados. ■ Coexistência com e a expansão da medicina privada e outros serviços privados, lucrativos e não lucrativos. ■ Aumento do número e diferenciação dos RHS com um aumento relativo do volume da massa salarial em excesso (devido à qualificação dos quadros da saúde) do aumento relativo do orçamento da saúde. ■ Progressiva diminuição do número de trabalhadores menos diferenciados. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Interrupção do apoio das agências internacionais resultante de mudanças de suas políticas ou devido a instabilidade política. ■ Falta de apoio dos parceiros para a implementação do PNDS II. ■ Processos eleitorais como um potencial para a instabilidade política. ■ Persistência de condições de trabalho inadequadas para os funcionários levando à desmotivação. ■ Persistência dos atrasos nos pagamentos de salários. ■ Ocorrência de emergências resultantes de calamidades, epidemias, o que leva a um desvio de aplicação dos fundos anteriormente previstos. ■ Aumento das pressões sobre o orçamento ligado à expansão da rede sanitária. ■ Aumento das pressões sobre o orçamento ligado ao aumento da produção de serviços. ■ Aumento relativo do volume da massa salarial em excesso (devido à qualificação dos quadros da saúde) e do aumento relativo do orçamento da saúde. ■ Captação pelo sector privado de RHS do SNS. ■ Insuficiente capacidade de resposta para ir ao encontro dos desafios associados com o VIH/SIDA.

III. EVOLUÇÃO E CUSTOS DA FORÇA DE TRABALHO: 2008-2017

A estimação das necessidades numéricas de RHS para o SNS da Guiné-Bissau até 2017 implicou um conjunto de procedimentos intermédios.

Com recurso à base de dados nominal existente na DRH, foi elaborada uma lista de categorias de profissionais de saúde, agrupados por níveis de formação, com referência a 31 de Dezembro de 2007. Deste modo obteve-se uma lista abrangente de 64 categorias profissionais.

No que respeita aos critérios considerados para determinação das percas a ocorrerem entre os efectivos existentes, foram considerados os seguintes:

- Mortalidade geral antes dos 60 anos de idade: foi considerado como valor médio a aplicar a todas as categorias, uma perca de 0,64% dos efectivos anualmente;
- Aposentação: para um conjunto de categorias (médicos, farmacêuticos, pessoal de enfermagem, parteiras gerais, técnicos de radiologia, auxiliares de enfermagem e auxiliares de laboratório), foram determinados os valores absolutos correspondentes ao número de novos aposentados no decurso do período 2008-2017. Para as restantes categorias, os testes efectuados por amostragem, determinaram uma perca anual de 1,7% dos efectivos;

- Saídas por outras causas (abandonos do sistema, a recusa em ocupar vagas em outros locais e o absentismo): traduz-se numa perda anual de 4% dos efectivos.

Da aplicação destes critérios resulta uma perda anual por categoria profissional que no final de 10 anos se traduzirá em cerca de 63% dos efectivos existentes em 31 de Dezembro de 2007.

Utilizou-se como informação demográfica as estimativas elaboradas pelo Ministério da Saúde Pública. Estas estimativas consideram a população residente em três momentos: 2007; 2012 e 2017. Foram também estas projecções que foram utilizadas para redefinir a rede sanitária e as dotações de cada tipo de unidade sanitária até 2012. Estimámos o crescimento anual da população em 3,9% ao ano (com base no recenseamento populacional de 1991. Já foi realizado mas ainda não está analisado um novo recenseamento da população em Março de 2009).

Foram ainda tidos em conta os seguintes aspectos:

- No pessoal técnico específico da saúde, o pessoal auxiliar é apenas considerado nas perdas, uma vez que já está suspensa a sua formação. Admite-se contudo a reclassificação de algumas categorias deste grupo profissional para a carreira de nível médio. Nesta fase, são considerados lugares a extinguir quando vagarem. No entanto, este PNDRHS recomenda que se mantenha a categoria de auxiliar de laboratórios, pelo menos para os centros de saúde tipo C e dos auxiliares de enfermagem para os hospitais.
- Relativamente às categorias de nível superior, com excepção do pessoal médico, considera-se a manutenção do mesmo número de efectivos que em 2007, havendo ligeiros acréscimos resultantes do crescimento populacional;
- O pessoal de enfermagem de nível superior, está classificado como enfermeiro geral, por falta de uma carreira em que se possam integrar. É recomendação deste PNDRHS, que estes quadros sejam integrados como formadores na ENS e nos quadros do Hospital Nacional de Simão Mendes.
- Deverá ser dada prioridade à formação de: enfermeiras gerais; enfermeiras especialistas (nas áreas da obstetrícia, neonatologia, anestesia, instrumentalista e oftalmologia) e técnicos de saúde pública, técnicos de laboratório, de radiologia e de equipas de cirurgia, tal como está definido nas vertentes estratégicas e incluindo técnicos de anátomo-patologia. Os técnicos de saúde ambiental seria uma categoria a extinguir e a integrar com os técnicos de saúde pública.

A estimação de necessidades, foi diferenciada em dois períodos:

1ª fase: 2008-2012

Foram consideradas as dotações previstas no anexo 2 do PNDS II - “**Dotação mínima de pessoal por estrutura de prestação de cuidados**” para cada tipo de unidade sanitária dos níveis I; II e III em 2012. Para estimar o número de cada categoria de RHS considera-se que a rede sanitária, a remodelar até 2012, mantém no essencial a estrutura anterior, sendo no entanto de assinalar o fim da distinção entre Centros de Saúde Rurais e Urbanos, passando a existir unicamente centros de saúde de níveis A; B e C, passando os postos de saúde a centros de saúde satélites, com dotação equivalente à de centros de saúde de nível C.

Estas dotações têm em conta a rede de prestação de cuidados definida para 2012. Como pressuposto, admitiu-se um lento crescimento dos recursos humanos, tendo em conta fundamentalmente a reestruturação das instituições de formação, nesta primeira fase de vigência do plano. Tal como é explicitado no PNDS II, para o período 2008-2017, “os primeiros cinco anos são marcadamente programados para criar maior capacidade de resposta ao sistema, sendo que a procura dos objectivos propriamente ditos de melhorar o estado de saúde da população guineense, será objecto de maior concentração a partir do 2º quinquénio (2013-2017)”.

Para 2008, dado não terem saído novos graduados das instituições nacionais em 2007 e em 2008, considerou-se um crescimento nulo, ocorrendo naturalmente uma diminuição dos efectivos relativamente a 2007 em consequência das perdas, de acordo com os critérios definidos. Para os anos 2009-2012, para cada categoria específica da saúde, admitiu-se como critério um crescimento igual para cada ano;

2ª fase: 2013-2017

Para o quinquénio seguinte (2013-2017), adoptou-se como factor de evolução dos RHS, um crescimento populacional estimado, para o período, em 24,3%, ou seja um valor médio de 4,8% ao ano.

No período 2008-2017, assistir-se-á, de acordo com os critérios adoptados, a um acentuado crescimento da população e simultaneamente a um número significativo de percas de profissionais de saúde em todas as categorias profissionais (63% dos actuais efectivos até 2017).

No entanto, o esforço necessário para alcançar estes ganhos é formidável pois tem que ter em conta percas significativas e pouca capacidade para as substituir.

IV. EVOLUÇÃO E CUSTOS DA FORÇA DE TRABALHO: 2007-2017

A estimação das necessidades numéricas de RHS para o SNS da Guiné-Bissau até 2017 implicou um conjunto de procedimentos intermédios.

Com recurso à base de dados nominal existente na DRH, foi elaborada uma lista de categorias de profissionais de saúde, agrupados por níveis de formação, com referência a 31 de Dezembro de 2007. Deste modo obteve-se uma lista abrangente de 64 categorias profissionais.

No que respeita aos critérios considerados para determinação das percas a ocorrerem entre os efectivos existentes, foram considerados os seguintes:

- Mortalidade geral antes dos 60 anos de idade: foi considerado como valor médio a aplicar a todas as categorias, uma perca de 0,64% dos efectivos anualmente;
- Aposentação: para um conjunto de categorias (médicos, farmacêuticos, pessoal de enfermagem, parteiras gerais, técnicos de radiologia, auxiliares de enfermagem e auxiliares de laboratório), foram determinados os valores absolutos correspondentes ao número de novos aposentados no decurso do período 2008-2017. Para as restantes categorias, os testes efectuados por amostragem, determinaram uma perca anual de 1,7% dos efectivos;
- Saídas por outras causas (abandonos do sistema, a recusa em ocupar vagas em outros locais e o absentismo): traduz-se numa perca anual de 4% dos efectivos.

Da aplicação destes critérios resulta uma perca anual por categoria profissional que no final de 10 anos se traduzirá em cerca de 63% dos efectivos existentes em 31 de Dezembro de 2007.

Utilizou-se como informação demográfica as estimativas elaboradas pelo Ministério da Saúde Pública. Estas estimativas consideram a população residente em três momentos: 2007; 2012 e 2017. Foram também estas projecções que foram utilizadas para redefinir a rede sanitária e as dotações de cada tipo de unidade sanitária até 2012. Estimámos o crescimento anual da população em 3,9% ao ano (com base no recenseamento populacional de 1991. Já foi realizado mas ainda não está analisado um novo recenseamento da população em Março de 2009).

Foram ainda tidos em conta os seguintes aspectos:

- No pessoal técnico específico da saúde, o pessoal auxiliar é apenas considerado nas perdas, uma vez que já está suspensa a sua formação. Admite-se contudo a reclassificação de algumas categorias deste grupo profissional para a carreira de nível médio. Nesta fase, são considerados lugares a extinguir quando vagarem. No entanto, este PNDRHS recomenda que se mantenha a categoria de auxiliar de laboratórios, pelo menos para os centros de saúde tipo C e dos auxiliares de enfermagem para os hospitais.
- Relativamente às categorias de nível superior, com excepção do pessoal médico, considera-se a manutenção do mesmo número de efectivos que em 2007, havendo ligeiros acréscimos resultantes do crescimento populacional;
- O pessoal de enfermagem de nível superior, está classificado como enfermeiro geral, por falta de uma carreira em que se possam integrar. É recomendação deste PNDRHS, que estes quadros sejam integrados como formadores na ENS e nos quadros do Hospital Nacional de Simão Mendes.
- Deverá ser dada prioridade à formação de: enfermeiras gerais; enfermeiras especialistas (nas áreas da obstetrícia, neonatologia, anestesia, instrumentalista e oftalmologia) e técnicos de saúde pública, técnicos de laboratório, de radiologia e de equipas de cirurgia, tal como está definido nas vertentes estratégicas e incluindo técnicos de anátomo-patologia. Os técnicos de saúde ambiental seria uma categoria a extinguir e a integrar com os técnicos de saúde pública.

A estimação de necessidades, foi diferenciada em dois períodos:

1ª fase: 2008-2012

Foram consideradas as dotações previstas no anexo 2 do PNDS II - “Dotação mínima de pessoal por estrutura de prestação de cuidados” para cada tipo de unidade sanitária dos níveis I; II e III em 2012. Para estimar o número de cada categoria de RHS considera-se que a rede sanitária, a remodelar até 2012, mantém no essencial a estrutura anterior, sendo no entanto de assinalar o fim da distinção entre Centros de Saúde Rurais e Urbanos, passando a existir unicamente centros de saúde de níveis A; B e C, passando os postos de saúde a centros de saúde satélites, com dotação equivalente à de centros de saúde de nível C.

Estas dotações têm em conta a rede de prestação de cuidados definida para 2012. Como pressuposto, admitiu-se um lento crescimento dos recursos humanos, tendo em conta fundamentalmente a reestruturação das instituições de formação, nesta primeira fase de vigência do plano. Tal como é explicitado no PNDS II, para o período 2008-2017, “os primeiros cinco anos são marcadamente programados para criar maior capacidade de resposta ao sistema, sendo que a procura dos objectivos propriamente ditos de melhorar o estado de saúde da população guineense, será objecto de maior concentração a partir do 2º quinquénio (2013-2017)”.

Para 2008, dado não terem saído novos graduados das instituições nacionais em 2007 e em 2008, considerou-se um crescimento nulo, ocorrendo naturalmente uma diminuição dos efectivos relativamente a 2007 em consequência das percas, de acordo com os critérios definidos. Para os anos 2009-2012, para cada categoria específica da saúde, admitiu-se como critério um crescimento igual para cada ano;

2ª fase: 2013-2018

Para o quinquénio seguinte (2013-2017), adoptou-se como factor de evolução dos RHS, um crescimento populacional estimado, para o período, em 24,3%, ou seja um valor médio de 4,8% ao ano.

No período 2008-2017, assistir-se-á, de acordo com os critérios adoptados, a um acentuado crescimento da população e simultaneamente a um número significativo de percas de profissionais de saúde em todas as categorias profissionais (63% dos actuais efectivos até 2017).

QUADRO 3. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE EFECTIVOS DO PESSOAL ESPECÍFICO DA SAÚDE E PESSOAL ADMINISTRATIVO 2007- 2017

Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pessoal específico da saúde	1424	1310	1195	1215	1196	1734	1749	1764	1778	1798	1863
Pessoal administrativo	694	650	606	562	518	775	817	859	900	941	983
Total	2118	1960	1801	1777	1714	2506	2565	2622	2678	2740	2846

Verificar-se-á um crescimento global de 34,4%, destacando-se que as carreiras específicas a nível superior atingirão os 97,6% e a nível do pessoal médio, 127%. O pessoal médico deverá crescer 108%, e o pessoal de enfermagem (nível médio), 194%.

QUADRO 4. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE EFECTIVOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL 2007-2017

Anos	Efectivos totais	Pessoal específico da saúde	Pessoal de Saúde de Nível Superior	Pessoal de Saúde de Nível Médio	Pessoal médico	Pessoal de enfermagem	Técnicos de farmácia
2007	2118	1424	136	676	114	300	23
2008	1960	1310	126	632	106	278	22
2009	1801	1195	117	588	98	256	26
2010	1777	1215	107	679	90	336	30
2011	1714	1196	98	731	82	409	35
2012	2506	1734	212	1216	187	698	39
2013	2565	1749	223	1280	197	801	41
2014	2622	1764	235	1345	207	857	43
2015	2678	1778	246	1409	217	913	45
2016	2740	1798	257	1473	227	969	47
2017	2846	1863	269	1537	237	1025	49

É de destacar o crescimento do total dos efectivos de 2118 para 2846, um crescimento de 34%, um valor superior ao crescimento populacional, e que reflecte também uma diferenciação qualitativa da força de trabalho com uma duplicação dos quadros com formação universitária e uma quase absoluta substituição/reconversão dos quadros auxiliares por/em quadros médios. É também de acentuar o forte investimento em quadros necessários para estabelecer equipas funcionais de cirurgia.

QUADRO 5. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE EFECTIVOS DA ÁREA DA CIRURGIA 2007-2017

Anos	Tec Anestesia	Tec Instrum	Tec. Cirurgia
2007	5	9	4
2008	5	8	4
2009	14	16	7
2010	22	23	9
2011	31	30	12
2012	40	37	15
2013	42	39	16
2014	44	41	17
2015	46	43	17
2016	49	45	18
2017	51	47	19

Neste quadro os valores iniciais não eram estes para 2009, 2010 e 2011. Eu tinha considerado valores bastante mas baixos resultantes das percas anuais. Não sei se é manter?

A nível de cobertura da população, e considerando o crescimento acentuado desta, é de assinalar os seguintes resultados para 2017, comparativamente a 2007, no que respeita à variação do número de profissionais por 10000 habitantes:

- Crescimento de 55% do número de profissionais de saúde de nível médio;
- Crescimento de 42% do número de médicos;
- Crescimento de 133,8% do número de enfermeiros gerais (médios);
- Crescimento de 47 % dos técnicos de farmácia;
- Crescimento de 700% dos técnicos de anestesia;
- Crescimento de 266% dos técnicos instrumentistas;
- Crescimento de 200% dos técnicos de cirurgia.

Assim, em 2017 teremos os seguintes profissionais por cada 10000 habitantes :

QUADRO 6. NÚMERO DE PROFISSIONAIS (ALGUMAS CATEGORIAS) POR 10 000 HABITANTES, 2007-2017

Anos	Pes N superior	Pes N Médio	Médicos	Enfermeiros	Tec. Lab.	Tec. Farmácia	Tec Anestesia	Tec Instrum	Tec. Cirurgia
2007	0,93	4,60	0,78	2,04	0,36	0,16	0,03	0,06	0,03
2008	0,83	4,17	0,70	1,84	0,33	0,14	0,03	0,06	0,02
2009	0,95	4,98	0,81	1,64	0,33	0,17	0,09	0,10	0,04
2010	1,05	5,75	0,91	2,09	0,33	0,19	0,14	0,14	0,06
2011	1,15	6,47	1,01	2,48	0,32	0,21	0,19	0,18	0,07
2012	1,25	7,15	1,10	4,11	0,32	0,23	0,24	0,22	0,09
2013	1,25	7,15	1,10	4,48	0,32	0,23	0,24	0,22	0,09
2014	1,25	7,15	1,10	4,56	0,32	0,23	0,24	0,22	0,09
2015	1,25	7,15	1,10	4,64	0,32	0,23	0,24	0,22	0,09
2016	1,25	7,15	1,10	4,70	0,32	0,23	0,24	0,22	0,09
2017	1,25	7,15	1,10	4,77	0,32	0,23	0,24	0,22	0,09

No entanto, o esforço necessário para alcançar estes ganhos é formidável pois tem que ter em conta percas significativas e pouca capacidade para as substituir.

QUADRO 7. . ESTIMATIVA DAS PERCAS ANUAIS E TOTAIS, SEGUNDO O TIPO DE CAUSA, POR CATEGORIA PROFISSIONAL, 2008-2017

	Inf. Estatística de RH em 31 Dez 07	Cálculo das perdas por tipo de causa 2008-2017							Perca anual dos efectivos existentes
		Mortalidade Geral < 60 anos	Aposentações	Saídas por outras causas	Perdas totais	% perdas totais	% perdas totais por ano	Pessoal restante em 31 Dez 2017	
Pessoal técnico de saúde									
Nível Superior									
Médico de Clínica Geral	68	4,4	11,56	27,2	43,1	63,40	6,3	25	4,31
Médico Especialista (nacionais)	20	1,3	11,00	8,0	20,3	101,40	10,1	0	2,03
Médico de Saúde Pública	10	0,6	3,00	4,0	7,6	76,40	7,6	2	0,76
Médico pós-graduado ou equivalente *	16	1,0	2,72	6,4	10,1	63,40	6,3	6	1,01
Especialista em Saúde Pública**	5	0,3	0,85	2,0	3,2	63,40	6,3	2	0,32
Farmacêutico	10	0,6	2,00	4,0	6,6	66,40	6,6	3	0,66
Nutricionista	1	0,1	0,17	0,4	0,6	63,40	6,3	0	0,06
Nível Médio									
Enfermeiro geral	300	19,2	79,00	120,0	218,2	72,73	7,3	82	21,82
Parteira geral	177	11,3	11,00	70,8	93,1	52,61	5,3	84	9,31
Técnico de farmácia	23	1,5	4,00	9,2	14,7	63,79	6,4	8	1,47
Técnico de anatomia patológica	2	0,1	0,34	0,8	1,3	63,40	6,3	1	0,13
Técnico de fisioterapia	5	0,3	0,85	2,0	3,2	63,40	6,3	2	0,32
Técnico de laboratório	53	3,4	9,01	21,2	33,6	63,40	6,3	19	3,36
Técnico de radiologia	10	0,6	1,00	4,0	5,6	56,40	5,6	4	0,56
Tec optometrista	8	0,5	1,36	3,2	5,1	63,40	6,3	3	0,51
Técnico de oftalmologia	9	0,6	1,53	3,6	5,7	63,40	6,3	3	0,57
Técnico de estomatologia	3	0,2	0,51	1,2	1,9	63,40	6,3	1	0,19
Técnico instrumentista	9	0,6	1,53	3,6	5,7	63,40	6,3	3	0,57
Técnico de anestesia	5	0,3	0,85	2,0	3,2	63,40	6,3	2	0,32
Técnico de cirurgia	4	0,3	0,68	1,6	2,5	63,40	6,3	1	0,25
Técnicos de saúde pública**	43	2,8	7,31	17,2	27,3	63,40	6,3	16	2,73
Técnico dietistas	5	0,3	0,85	2,0	3,2	63,40	6,3	2	0,32
Técnico de ortoprótese	1	0,1	0,17	0,4	0,6	63,40	6,3	0	0,06
Assistentes Sociais	13	0,8	2,21	5,2	8,2	63,40	6,3	5	0,82
Técnico de Saúde Ambiental *****	4	0,3	0,68	1,6	2,5	63,40	6,3	1	0,25
Técnico de prótese dentário	2	0,1	0,34	0,8	1,3	63,40	6,3	1	0,13

* Deste total, 13 são hospitalares e 3 são de saúde pública.

** Inclui: sociólogos, estatísticos, biólogos, com formação em saúde pública

	Inf. Estatística de RH em 31 Dez 07	Cálculo das perdas por tipo de causa 2008-2017							Perca anual dos efectivos existentes
		Mortalidade Geral < 60 anos	Aposentações	Saídas por outras causas	Perdas totais	% perdas totais	% perdas totais por ano	Pessoal restante em 31 Dez 2017	
Nível auxiliar									
Auxiliar de parteira	15	1,0	2,55	6,0	9,5	63,40	6,3	5	0,95
Auxiliar de enfermagem	444	28,4	295,00	177,6	501,0	112,84	11,3	-57	50,10
Auxiliar de farmacia	10	0,6	1,70	4,0	6,3	63,40	6,3	4	0,63
Auxilia de Ergoterapia / Fisioterapia	2	0,1	0,34	0,8	1,3	63,40	6,3	1	0,13
Auxiliar de laboratório	122	7,8	25,00	48,8	81,6	66,89	6,7	40	8,16
Aux de radiologia	3	0,2	0,51	1,2	1,9	63,40	6,3	1	0,19
Auxiliar de estomatologia	1	0,1	0,17	0,4	0,6	63,40	6,3	0	0,06
Auxiliar de entomologia	3	0,2	0,51	1,2	1,9	63,40	6,3	1	0,19
Auxiliar social	1	0,1	0,17	0,4	0,6	63,40	6,3	0	0,06
Auxiliar de esterilização (Equip/ aux de enf.) ****	6	0,4	1,02	2,4	3,8	63,40	6,3	2	0,38
Auxiliar de logistica	1	0,1	0,17	0,4	0,6	63,40	6,3	0	0,06
Auxiliar de optometrista	2	0,1	0,34	0,8	1,3	63,40	6,3	1	0,13
Auxiliar nutrição	2	0,1	0,34	0,8	1,3	63,40	6,3	1	0,13
Pessoal administrativo e de apoio									
Nível superior									
Administração	5	0,3	0,85	2,0	3,2	63,40	6,3	2	0,32
Economia	2	0,1	0,34	0,8	1,3	63,40	6,3	1	0,13
Gestao Financeira	1	0,1	0,17	0,4	0,6	63,40	6,3	0	0,06
Juristas	2	0,1	0,34	0,8	1,3	63,40	6,3	1	0,13
Engº de saneamento	1	0,1	0,17	0,4	0,6	63,40	6,3	0	0,06
Engenheiro de Construção Civil	1	0,1	0,17	0,4	0,6	63,40	6,3	0	0,06
Engenheiro de electromedicina		0,0	0,00	0,0	0,0	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0,00
Biólogo	1	0,1	0,17	0,4	0,6	63,40	6,3	0	0,06
Psicólogo	1	0,1	0,17	0,4	0,6	63,40	6,3	0	0,06
Bioquímico	3	0,2	0,51	1,2	1,9	63,40	6,3	1	0,19
Eng Químico	1	0,1	0,17	0,4	0,6	63,40	6,3	0	0,06
Nível Médio									
Técnico administrativo	22	1,4	3,74	8,8	13,9	63,40	6,3	8	1,39
Técnico estatístico *****	16	1,0	2,72	6,4	10,1	63,40	6,3	6	1,01
Técnico de contabilidade	2	0,1	0,34	0,8	1,3	63,40	6,3	1	0,13
Nível auxiliar									
Auxiliar administrativo	24	1,5	4,08	9,6	15,2	63,40	6,3	9	1,52
Auxiliar estatístico	13	0,8	2,21	5,2	8,2	63,40	6,3	5	0,82

	Inf. Estatística de RH em 31 Dez 07	Cálculo das perdas por tipo de causa 2008-2017							Perca anual dos efectivos existentes
		Mortalidade Geral < 60 anos	Aposentações	Saídas por outras causas	Perdas totais	% perdas totais	% perdas totais por ano	Pessoal restante em 31 Dez 2017	
Outro pessoal									
Secretarias	20	1,3	3,40	8,0	12,7	63,40	6,3	7	1,27
Pessoal de manutenção	47	3,0	7,99	18,8	29,8	63,40	6,3	17	2,98
Técnicos informaticos		0,0	0,00	0,0	0,0	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0,00
Técnicos de arquitetura e construção civil	1	0,1	0,17	0,4	0,6	63,40	6,3	0	0,06
Técnico de logística		0,0	0,00	0,0	0,0	#DIV/0!	#DIV/0!	0	0,00
Técnicos de electromedicina	2	0,1	0,34	0,8	1,3	63,40	6,3	1	0,13
Outro pessoal elementar									
Serventes***	486	31,1	82,62	194,4	308,1	63,40	6,3	178	30,81
Motoristas e marinheiros	45	2,9	7,65	18,0	28,5	63,40	6,3	16	2,85
Auxiliares de secretaria	4	0,3	0,68	1,6	2,5	63,40	6,3	1	0,25

QUADRO 8. ESTIMATIVA DAS NECESSIDADES DE RHS, POR CATEGORIA E NÍVEL PROFISSIONAL PARA O PERÍODO 2008-2017

RHS por categorias	RHS em 31 Dezembro 07	Necessidades em 2012	Necessidades em 2017
Pessoal técnico de saúde			
Nível Superior			
Médico de Clínica Geral	68	75	95
Médico Integrado	5	21	30
Médico Especialista hospitalar ou com pós-graduação clínica	34	79	86
Médico Especialista em Saúde Pública	12	12	20
Especialista em Saúde Pública	5	5	6
Farmacêutico	10	10	13
Nutricionista	1	1	1
Técnicos superiores	6	9	10
Nível Médio			
Enfermeiro geral	300	698	1025
Parteira geral	177	177	84
Técnico de farmácia	23	39	49
Técnico de anatomia patológica	2	2	3
Técnico de fisioterapia	5	12	15
Técnico de laboratório	53	55	70
Técnico de radiologia	10	32	41
Tec optometrista	8	8	10
Técnico de oftalmologia	9	16	20
Tec. oftalm comunitária		5	6
Técnico de estomatologia	3	8	10
Técnico instrumentista	9	37	47
Técnico de anestesia	5	40	51
Técnico de cirurgia	4	15	19
Técnicos de saúde pública	43	43	60
Técnico dietistas	5	6	8
Técnico de ortoprótese	1	1	1
Assistentes Sociais	13	13	16
Técnico de Saúde Ambiental ¹	4	4	0
Técnico de prótese dentário	2	2	3

¹ Categoria a extinguir e a ser integrado em técnico de saúde pública.

RHS por categorias	RHS em 31 Dezembro 07	Necessidades em 2012	Necessidades em 2017
Pessoal técnico de saúde			
Nível auxiliar			
Auxiliar de parteira	15		
Auxiliar de enfermagem	444	164	
Auxiliar de farmácia	10		
Auxilia de Ergoterapia / Fisioterapia	2		
Auxiliar de laboratório	122	195	
Aux de radiologia	3		
Auxiliar de estomatologia	1		
Auxiliar de entomologia	3		
Auxiliar social	1		
Auxiliar de esterlização (Equip/ aux de enf.)	6	6	
Auxiliar de logística	1		
Auxiliar de optometrista (inclui armação de lentes)	2		
Auxiliar nutrição	2		
Pessoal administrativo ou de manutenção			
Nível superior			0
Administração	5	24	30
Economia	2	2	3
Gestao Financeira	1	1	1
Juristas	2	2	3
Engº de saneamento	1	1	1
Engenheiro de Construção Civil	1	1	1
Engenheiro de electromedicina		1	1
Nível Médio			0
Técnico administrativo	22	29	37
Técnico estatístico	16	27	34
Técnico de contabilidade	2	2	3
Nível auxiliar			
Auxiliar administrativo	24	24	30
Auxiliar estatístico	13	13	16
Outro pessoal			
Secretárias	20	20	25
Pessoal de manutenção	47	47	60
Técnicos informáticos			0
Técnicos de arquitetura e construção civil	1	1	1
Técnico de logística *****			0
Técnicos de electromedicina	2	9	11
Outro pessoal elementar			0
Serventes***	486	522	662
Motoristas e marinheiros	45	45	57
Auxiliares de secretaria	4	4	5

QUADRO 9. NÚMERO DE PESSOAL A FORMAR ANUALMENTE PELO MUNISTÉRIO DA SAÚDE (OU SOB A SUA COORDENAÇÃO)

RHS por categorias	SAÍDAS DO SISTEMA DE FORMAÇÃO									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nível Superior										
Médico de Clínica Geral ²	0	0	0	0	91	29	18	32	0	0
Médico integrado	0	9	5	3	4	2	2	2	2	1
Médico Especialista (nacionais)*	0	0	0	0	45	0	0	0	0	0
Médico de Saúde Pública	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2
Especialista em Saúde Pública	0	0	0	0	2	1	1	-1	1	1
Farmacêutico	0	0	0	0	4	2	2	0	2	2
Nutricionista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Engenheiro de electromedicina	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	0	124	15	15	5	16	16
Nível Médio										
Enfermeiro geral	0	0	0	0	467	103	102	102	102	102
Parteira geral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Técnico de farmácia	0	0	0	0	31	5	5	5	5	5
Técnico de anatomia patológica	0	0	0	0	6	1	1	1	1	10
Técnico de fisioterapia	0	0	0	0	11	1	1	1	1	1
Técnico de laboratório	0	0	0	0	0	0	0	8	8	8
Técnico de radiologia	0	0	0	0	32	3	3	3	3	3
Tec optometrista	0	0	0	0	3	1	1	1	1	1
Técnico de oftalmologia	0	0	0	0	13	2	2	2	2	2
Técnico de oftalmologia comunitária	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0
Técnico de estomatologia	0	0	0	0	8	1	1	1	1	1
Técnico instrumentista	0	0	0	0	40	3	3	3	3	3
Técnico de anestesia	0	0	0	0	48	3	3	3	3	3
Técnico de cirurgia	0	0	0	0	16	1	1	1	1	1
Técnicos de saúde pública	0	0	0	0	20	8	8	8	8	8
Técnico dietistas	0	0	0	0	3	1	1	1	1	1
Técnico de ortoprótese	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistentes Sociais	0	0	0	0	5	2	2	2	2	2
Técnico de prótese dentário	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Pessoal de manutenção	0	0	0	0	19	7	7	7	7	7
Técnicos de electromedicina	0	0	0	0	10	1	1	1	1	1

* Carece de especificação.

² Tendo em consideração a produção da Faculdade de Medicina, os médicos de clínica geral ultrapassarão, a partir de 2014, as necessidades nacionais.

Commentaire [H1]: Precisamos aumentar este nº. Em todo o país temos somente 3 pessoas de nível médio de formação. Estimar um nº de 20 até 2017 de nível médio. clotilde.

QUADRO 10. OUTRO PESSOAL DE APOIO A RECRUTAR

Nível superior	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Administração	0	0	0	0	27	2	2	0	2	2
Economia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Gestao Financeira	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nível Médio										
Técnico administrativo	0	0	0	0	18	4	4	4	4	4
Técnico estatístico	0	0	0	0	21	3	3	3	3	3
Técnico de contabilidade	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Nível auxiliar										
Auxiliar administrativo	0	0	0	0	10	4	4	4	4	4
Auxiliar estatístico	0	0	0	0	5	2	2	2	2	2
Outro pessoal (superior)										
Juristas	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Engº de saneamento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Engenheiro de Construção Civil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outro pessoal (médio)										
Secretarias	0	0	0	0	8	3	3	3	3	3
Técnicos informáticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Técnicos de arquitetura e construção civil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Técnico de logística ****	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outro pessoal elementar										
Serventes***	0	0	0	0	249	77	77	77	77	77
Motoristas e marinheiros	0	0	0	0	19	7	7	7	7	7
Auxiliares de secretaria	0	0	0	0	2	1	1	1	1	1

Implicações orçamentais das necessidades em RHS

Os custos das turmas para responder às necessidades de formação de médicos, enfermeiros e técnicos foram calculados, assim como os custos de formação no estrangeiro e as implicações salariais da incorporação dos recém-formados (salário base, e os subsídios de vela e de isolamento; em 2007 os subsídios de vela e isolamento representavam 20,3% da massa salarial; os níveis superiores levam o grosso do subsídio de vela e os médios e auxiliares levam a maior parte do subsídio de isolamento).

Em relação às projecções de despesa e financiamento, fez-se o cálculo das implicações orçamentais das perdas de pessoal, bem como todas as despesas de formação, contratação e enquadramento dos futuros quadros que seriam necessárias para cobrir as necessidades mínimas até 2017, como identificadas nos quadros anteriores. Nestes cálculos só foram considerados as despesas correntes da formação, e não as de capital para reabilitação das estruturas existentes de formação ou construção de novas (ver Anexo 1), nem as de desvalorização de capital e equipamento. Em consonância com as previsões de crescimento do pessoal, a maior salto da massa salarial vai verificar-se entre 2011 e 2012. Consideram-se dois cenários: um **cenário 1** em que todas as categorias profissionais são tratadas por igual e um **cenário 2** em que, a partir de 2012, se inclui uma estimativa de descompressão salarial de 25% para médicos e 10% para enfermeiros.

QUADRO 11. DIFERENTES CENÁRIOS PARA DESPESAS COM SALÁRIOS E SUBSÍDIOS 2007-2017

Ano	Cenário 1			Cenário 2		
	Preços constantes 2009, Milhares CFAs	Preços constantes 2009, Milhares USD	Preços correntes (milhares CFAs)	Preços constantes 2009, Milhares CFAs	Preços constantes 2009, Milhares USD	Preços correntes (milhares CFAs)
2009	1.871.465	3.655	1.871.465	2.044.731	3.994	2.044.731
2010	1.905.188	3.721	1.962.344	2.084.020	4.070	2.146.540
2011	1.877.594	3.667	1.991.939	2.056.457	4.017	2.181.696
2012	2.936.526	5.735	3.208.821	3.267.754	6.382	3.570.763
2013	3.007.075	5.873	3.384.489	3.354.029	6.551	3.774.989
2014	3.088.538	6.032	3.580.462	3.452.400	6.743	4.002.278
2015	3.164.706	6.181	3.778.824	3.546.061	6.926	4.234.182
2016	3.247.753	6.343	3.994.326	3.644.986	7.119	4.482.873
2017	3.377.230	6.596	4.278.174	3.792.197	7.407	4.803.841

Nota: Para o cálculo dos preços correntes foi adoptada a taxa de inflação de 3% anual prevista para a zona da União Económica Monetária Oeste Africana

A partir de 2010, todos os profissionais de saúde receberão pelo menos 5 dias, de 7 horas de leccionação, de formação contínua por ano, dias estes complementados por dois dias de viagem entre o local de residência e o local de formação.

QUADRO 12. DESPESA TOTAL EM FORMAÇÃO ENTRE 2009-2017 POR TIPO DE DESPESA

Tipo de despesa	Milhares de CFAs	Milhares de USD
Bolsa de formação no estrangeiro	2.923.581	5.710
Curso de formação local	3.440.894	6.720
Formação contínua	430.991	842
Total	6.795.465	13.272

Valores constantes de 2009

Nota: Para o cálculo da formação contínua foram consideradas todas as categorias de pessoal técnico da saúde menos os auxiliares

Foram igualmente identificados os custos médios de cada formação específica.

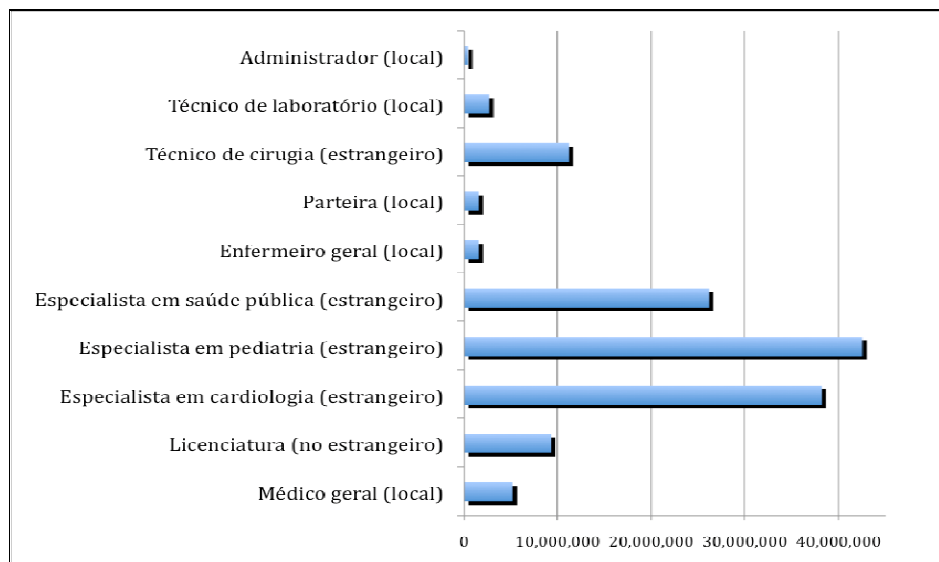
Commentaire [MSOffice2]: GR -
Faça a estimação incluindo também
correção para a inflação sff

QUADRO 13. TOTAL DA DESPESA DE FORMAÇÃO DE TODOS OS NOVOS QUADROS, POR CATEGORIA E ANO (EM MILHARES DE FRANCOS CFA, PREÇOS CONSTANTES DE 2009)

Categoria de pessoal	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Assistente social		4.466	6.252	8.039	5.359	5.359	5.359	3.573	1.786	40.193
Enfermeiro geral		243.674	297.303	350.932	159.846	159.846	159.846	107.258	53.629	1.532.333
Engenheiro de electromedicina		893	893	893						2.680
Especialista em saúde pública			17.442	17.442	8.721	8.721		8.721	8.721	69.769
Farmacêutico		34.884	52.326	69.769	34.884	34.884	34.884	34.884	17.442	313.958
Médico de clínica geral	119.321	146.990	146.990	146.990	68.307	43.232	27.669			699.499
Médico de saúde pública			17.442	34.884	52.326	52.326	52.326	34.884	17.442	261.632
Médico especialista (nacionais)		429.408	429.408	429.408						1.288.224
Médico integrado	25.075	18.158	13.834	11.240	7.782	6.053	4.323	2.594	865	89.923
Nutricionista							17.442	17.442	17.442	52.326
Técnico de anatomia patológica		5.359	6.252	7.145	2.680	2.680	10.718	9.825	8.932	53.590
Técnico de anestesia		178.803	189.978	201.154	33.526	33.526	33.526	22.350	11.175	704.038
Técnico de cirurgia		59.601	63.326	67.051	11.175	11.175	11.175	7.450		230.954
Técnico de electromedicina		8.932	9.825	10.718	2.680	2.680	2.680	1.786	893	40.193
Técnico de estomatologia		7.145	8.039	8.932	2.680	2.680	2.680	1.786	893	34.834
Técnico de farmácia		27.688	32.154	36.620	13.398	13.398	13.398	8.932	4.466	150.052
Técnico de fisioterapia		9.825	1.786	2.680	2.680	2.680	2.680	1.786	893	25.009
Técnico de laboratório					7.145	14.291	21.436	14.291	7.145	64.308
Técnico de manutenção		16.970	23.222	29.475	18.757	18.757	18.757	12.504	6.252	144.693
Técnico de oftalmologia		11.611	13.398	5.359	5.359	5.359	5.359	3.573	13.398	63.415
Técnico de oftalmologia comunitária		6.252	6.252	6.252						18.757
Técnico de prótese dentário		893	893	893						2.680
Técnico de radiologia		28.581	31.261	33.940	8.039	8.039	8.039	5.359	2.680	125.937
Técnico de saúde pública		17.863	25.009	21.436	21.436	21.436	21.436	14.291	25.009	167.915
Técnico dietista		2.680	3.573	4.466	2.680	2.680	2.680	1.786	893	21.436
Técnico instrumentista		35.727	38.406	41.086	8.039	8.039	8.039	5.359	2.680	147.373
Técnico optometrista		2.680	3.573	2.680	2.680	2.680	2.680	1.786		18.757
Total	144.396	1.299.083	1.438.838	1.549.482	480.175	460.516	467.128	322.221	202.636	6.364.474

A formação de médicos gerais e de especialistas no estrangeiro resultará quase 10 vezes mais cara que a formação de pessoal técnico superior no País, e 25 vezes mais cara que a de enfermeiros e parteiras gerais.

FIGURA 1: ESTIMATIVA DE CUSTOS UNITÁRIOS DA FORMAÇÃO POR CATEGORIA DE PROFISSIONAL (FRANCOS CFA)



V. PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

Este PNDRHS II é parte integrante do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II 2008-2017 (PNDS II), constituindo o segundo dos 8 eixos estratégicos nele identificados, recebendo atenção prioritária na fase inicial do PNDS II, o período compreendido entre 2008 e 2012. O PNDSII lista como esperados os seguintes resultados:

QUADRO 14 RESULTADOS ESPERADOS PARA OS RHS NO PNDS II

Resultados esperados	Indicadores de avaliação/seguimento
Estruturas de prestação de cuidados e de gestão sanitária dotadas de RH qualificados e devidamente motivados para oferecer o Pacote de Cuidados Essenciais e de Referência de qualidade a todos os níveis da rede do Serviço Nacional de Saúde	Rácio das principais categorias de pessoal de saúde por habitantes: ■ Médicos/10 000 habitantes. ■ Enfermeiros/10 000 habitantes.
	Proporção de estruturas de saúde com dotação mínima de RH conforme as normas.
	Proporção de casos de doenças prioritárias tratadas conforme os respectivos protocolos clínicos: SIDA (TARV); Paludismo grave; Paludismo simples; TB (DOT).
	Proporção de utentes que declara satisfeita com o atendimento

Para corrigir a situação dos RHS na Guiné-Bissau o PNDS II propõem quatro vertentes estratégicas.

1. Reforço da governação, administração e gestão do pessoal de saúde;
2. Reforço dos valores de referência;
3. Melhoria das condições de trabalho e motivação do pessoal;
4. Reforço da capacidade de formação/produção dos recursos humanos da saúde.

As actividades previstas no PNDS II, no âmbito de cada uma destas vertentes, estão incluídas no quadro 15 e os indicadores de monitorização, também, na maior parte, previstos no PNDSII, no quadro 16. Estes indicadores de monitorização serão completados pela monitorização do cumprimento do calendário estipulado para cada uma das actividades previstas nos quadros 15 e do anexo 2.

QUADRO15. ESTRATÉGIAS E PACOTES DE ACTIVIDADES PARA GESTÃO, DESENVOLVIMENTO E VALORIZAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

Estratégias	Pacotes de actividades previstas
Reforço da governação, administração e gestão do pessoal de saúde	Capacitar a DRHO com recursos e competências necessárias à consecução destas orientações estratégicas
	Implementar e fazer funcionar uma estrutura de coordenação da estratégia de RHS
	Adoptar e implementar um sistema de gestão e administração de RHS
	Definir, legislar e adoptar uma classificação de profissões de saúde e das respectivas carreiras
	Definir dotação mínima para unidades sanitárias
	Adoptar e implementar uma nova pirâmide profissional para o SNS
	Desenhar, desenvolver, implementar e actualizar o SIP
Reforço dos valores de referência	Conduzir uma reflexão sobre os valores a incluir no PNDS II
	Instalar uma Ordem das Profissões de Saúde
	Socialização em IF conducente a comportamentos orientados pelos valores orientadores
Melhoria das condições de trabalho e motivação do pessoal	Rever e garantir os salários, subsídios e incentivos
	Garantir condições de biossegurança aos trabalhadores da saúde
	Definir e garantir condições técnicas mínimas para o funcionamento das instituições
Reforço da capacidade de formação	Apoio à faculdade de medicina
	Melhorar as condições da Escola Nacional de Saúde
	Elaborar um plano de formação de base e especializada de RHS
	Implementar um programa de formação para gestores do SNS
	Desenvolver uma política nacional de formação contínua dos quadros da saúde
	Desenvolver um plano anual de formação contínua dos quadros da saúde
	Tornar acessível uma biblioteca virtual On-Line.
	Equipar o HNSM de uma biblioteca de consulta
Organizar, anualmente, um simpósio clínico	

QUADRO 16. INDICADORES PARA A MELHORIA DA QUALIDADE, EFICIÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO DOS RHS

Indicadores de avaliação/seguimento	Numerador	denominador	Situação em 2007	Meta para 2012	Meta para 2017
Planos anuais, nacionais e regionais, de implementação do PNDRHS					
Especificação de profissões da saúde					
Percentagem de partos assistidos por profissionais diferenciados					
Número de cesarianas por Centro de Saúde tipo A ou por Hospital					
Percentagem de centros de saúde A com dotação mínima conforme definição do PNDS				100%	100%
Percentagem de centros de saúde B com dotação mínima conforme definição do PNDS				100%	100%
Percentagem de centros de saúde C com dotação mínima conforme definição do PNDS				!00%	!00%
Percentagem de hospitais regionais com dotação mínima conforme definição do PNDS				100%	100%
Percentagem de estruturas de referência nacional com a dotação mínima de pessoal conforme definição do PNDS				100%	100%

Indicadores de avaliação/seguimento	Numerador	denominador	Situação em 2007	Meta para 2012	Meta para 2017
Percentagem de equipas regionais com dotação mínima conforme definição do PNDS				100%	100%
Estruturas encerradas por falta de RHS				0%	0%
Percentagem de pessoal de saúde (por categoria) envolvido na estratégia avançada por Região					
Número de médicos por 10 000 habitantes					
Número de enfermeiros gerais por 10 000 habitantes					
Número de técnicos de laboratório por 10 000 habitantes					
Número de técnicos auxiliares de laboratório por 10 000 habitantes					
Número de técnicos de radiologia por 10 000 habitantes					
Número de técnicos de oftalmologia por 10 000 habitantes					
Número de técnicos de estomatologia por 10 000 habitantes					
Número de técnicos de farmácia por 10 000 habitantes					
Percentagem das especialidades médicas com especialistas em relação às especialidades definidas no PNDS				100%	100%
Número de técnicos a quem foi dada formação especializada					
Número de técnicos pós-graduados na área de saúde pública					
Número de técnicos formados em gestão da saúde					
Rácios entrada (de alunos) e saída (formandos).	Numero de estudantes formados	Numero dos inscritos			
Proporção dos trabalhadores que receberam formação não conducente a grau ao longo do ano	Total dos trabalhadores com este tipo de formação	Total dos funcionários (menos pessoal menor)			
Capacidade de absorção	Nº dos formandos recrutados e no efectivo serviço	Total dos formandos			
Proporção de produção de RH exigido	Nº de RH produzido	Total exigido			
Proporção de postos previstos	Total postos previstos	Total postos a serem preenchidos			

Neste documento detalhamos e especificamos as directrizes transmitidas pelo PNDS II. Três obstáculos importantes a um desenvolvimento mais harmonioso do sistema de saúde guineense, mesmo na actual situação de escassez, são os enormes défices em informação, a limitada capacidade de formação e a escassez de quadros de gestores qualificados. Os défices de outras competências prioritárias (diagnóstico laboratorial e radiológico, obstetrícia a nível médio, equipas de cirurgia) merecem também atenção prioritária.

As principais áreas de intervenção estratégica, já identificadas no Quadro 15, estão sumariadas no Quadro 17. As grandes semelhanças com o quadro estratégico proposto no anterior PNDRHS não são surpreendentes, devido à persistência do quadro das problemáticas a corrigir.

QUADRO 17. VERTENTES ESTRATÉGICAS DO PNDRHS II E PRINCIPAIS PACOTES DE ACTIVIDADES

VERTENTES ESTRATÉGICAS	PRINCIPAIS PACOTES DE ACTIVIDADES	COMENTÁRIOS
I - Reforço da governação, administração e gestão do pessoal de saúde	Capacitar a DRHO com recursos, competências e instrumentos necessários à consecução destas orientações <u>estratégicas</u>	Desenvolvendo programas de formação e recorrendo à assistência técnica se necessário, em especial à diáspora de profissionais de saúde de origem ou ascendência guineense. Modernizar física e administrativa do pessoal (equipamentos de escritório)
	Implementar e fazer funcionar uma estrutura de coordenação da estratégia de RHS	Para além da DRHO e os outros departamentos nacionais, regionais, e institucionais da saúde, deve incluir os ministérios das finanças, da administração pública e da educação, assim como os principais parceiros internacionais. Cada nível deve manter actualizado um <i>tableau de bord</i> sobre os RHS para a sua área de competência directa.
	Propor, adoptar e implementar um sistema de gestão e administração de RHS, desde a administração central às áreas sanitárias, criando o quadro de pessoal necessário, com as competências e instrumentos necessários	Especificando claramente as funções e tarefas que devem ser executadas, por que tipo de pessoal (com que formação e competências), a que nível institucional
	Rever e adoptar e implementar nova classificação de profissões de saúde e respectivas carreiras	Considerar novas profissões, como a de técnico de cirurgia.
	Rever e propor uma nova pirâmide profissional para o SNS	Tendo em conta o novo PNDS II. Reconsiderar o papel dos auxiliares no sistema de saúde. Implementar progressivamente as novas normas de afectação do pessoal. Têm que ter em consideração o tipo de instituição mas também dimensão e características da população a cobrir e o nível de isolamento. Tem que corrigir défices de pessoal e minimizar as desigualdades na distribuição de pessoal entre as regiões
	Desenhar, desenvolver, implementar e actualizar um SIP adequado aos diversos níveis de gestão de RHS	
II – Reforço dos valores de referência	Conduzir uma reflexão sobre os valores a incluir no PNDS II	
	Instalar uma Ordem das Profissões de Saúde e capacita-la e às Associações Profissionais para o exercício da sua função reguladora do exercício profissional para benefício do cidadão	Para todas as categorias de profissionais específicos da saúde
	Capacitar o Ministério da Saúde Pública para o exercício da sua função reguladora e controladora do sistema de saúde	
	Apoio a uma cidadania informada	Divulgação ampla da carta dos direitos e deveres dos doentes.
III - Melhoria das condições de trabalho e motivação do pessoal	Rever o quadro de salários, subsídios e incentivos financeiros	Deve ser implementado de forma a ser um incentivo à redistribuição de pessoal e ao seu melhor desempenho, individual e em equipa. Considerar benefícios não financeiros como vias rápidas de progressão e promoção, abonos de família reforçados, mobilidade mais expedita, benefícios para descendente no sistema educacional, etc. Considerar a possibilidade de haver um fundo internacional, apoiado pelos doadores para pagamento com regularidade aos funcionários da saúde. Seria para este fundo que o Estado reporia os salários, quando os pagasse com a irregularidade que o caracteriza. Melhorar as condições de alojamento do pessoal conforme as necessidades estabelecidas (construção, reabilitação e equipamento). Rever mecanismos de apoio e motivação do pessoal de nível comunitário, como os ACS e as matronas. Criar condições para aposentadoria precoce de pessoal auxiliar sem condições para beneficiarem de cursos de promoção
	Garantir condições de biossegurança aos trabalhadores da saúde	
	Definir condições técnicas para o funcionamento das instituições de saúde	
	Desenvolver competências de gestão clínica	
IV - Reforço da capacidade de formação	Apoio à faculdade de medicina para satisfazer as necessidades de médicos generalistas do SNS numa década. Identificar formas de a tornar sustentável com recursos guineenses, incluindo quadro de professores.	Manter o enfoque generalista dos médicos durante a próxima década. A diáspora de médicos guineenses seria um forte apoio para esta iniciativa.
	Melhorar as condições da Escola Nacional de Saúde	Deve contemplar a formação pré-graduada, pós-graduada e o desenvolvimento profissional contínuo, tanto no interior como no exterior do país A ENS deve dar prioridade absoluta à formação do seu corpo docente, e de pessoal para, na próxima década, equipar os centros de saúde com pessoal de nível médio, de acordo com as novas normas de afectação de pessoal a serem definidas para o PNDS II. O PNDS II deverá apostar num salto qualitativo. O sucesso dessa aposta depende da reconversão da forma da pirâmide da força de trabalho. A grande aposta seria no pessoal de nível médio descontinuando de uma forma programada o pessoal auxiliar.

Commentaire [dg3]: sugestão: fortalecer os laços com o pessoal de RHS do Senegal (cooperação sul-sul)

VERTENTES ESTRATÉGICAS	PRINCIPAIS PACOTES DE ACTIVIDADES	COMENTÁRIOS
	Desenvolver e implementar um programa de formação para gestores do SNS	
V - Operacionalização e monitorização do PND RHS II	Fazer um Manual de Procedimentos para apoiar a implementação do PND RHS II (até primeiro trimestre de 2008) Divulgação e implementação do manual, incluindo acções de formação necessárias para os responsáveis pela sua execução	Apesar de todas as metas neste quadro serem mencionadas como até 2012, um plano de pormenor da operacionalização destas estratégias deve fazer um calendário mais pormenorizado das acções a executar e das metas a alcançar em que calendário

A. VERTENTE ESTRATÉGICA I – REFORÇO DA GOVERNAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DO PESSOAL DE SAÚDE

1. Objectivo Geral

O Reforço da Governação, Administração e Gestão dos RHS é uma pré-condição para uma implementação eficaz e eficiente deste PND RHS. Esta vertente deve ser bem articulada com o primeiro eixo estratégico do PNDSII “Governação, Liderança, Parceria e Financiamento do Serviço Nacional de Saúde”, do qual se esperam os seguintes resultados:

QUADRO 18. RESULTADOS ESPERADOS COM A CONSECUÇÃO DO PRIMEIRO EIXO ESTRATÉGICO DO PNDS II “GOVERNAÇÃO, LIDERANÇA, PARCERIA E FINANCIAMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE”

Resultados esperados	Indicadores de avaliação/seguimento
Gestão técnica, administrativa e financeira realizada conforme as normas a todos os níveis	Adopção e execução de uma nova política de financiamento do sector
	Adopção de normas e procedimentos
	% de normas e procedimentos aplicados conforme estabelecido
	% de dirigentes do MINSAP com carta de missão
Capacidade de negociação, contratualização e coordenação intra e intersectoriais melhoradas	% de dirigentes do MINSAP avaliados com base na carta de missão
	Nº de reuniões dos órgãos de coordenação intra-sectorial e intersectorial realizado em relação às previstas
	Proporção de estruturas de prestação de cuidados sob gestão contratualizada
	Nº de entidades contratualizadas para a gestão das estruturas de prestação de cuidados
Quadro legal e regulamentar do sector privado disponível, disseminado e aplicado	Quadro legal aprovado
	% de estabelecimentos privados que obedecem ao quadro legal
Mecanismos e órgãos de decisão, fiscalização e consulta definidos no âmbito do PNDS II são criados, têm termos de referência específicos e são funcionais	Consolidação de todos os mecanismos de pilotagem num único, com regulamento
	Adopção de um regulamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS)
	Calendário de trabalhos do CNS
	% de regiões com planos regionais de desenvolvimento sanitário
	% de áreas sanitárias com planos locais de desenvolvimento sanitário
	Disponibilidade dos TDR para cada órgão de gestão
Frequência de funcionamento de cada órgão	

2. Pacotes de actividades

Considerando a situação identificada, consideram-se necessárias intervenções em redor de 6 pacotes de actividades.

Capacitar a DRHO com recursos, competências e instrumentos necessários à consecução destas orientações estratégicas

A DRHO tem graves limitações em termos de disponibilidade de RH, das suas competências e dos seus equipamentos. Para assumir a liderança de todo este processo de implementação de um PND RHS a sua capacitação torna-se prioritária. Para tal tem que haver apoio político ao mais alto nível do MINSAP, para garantir os recursos necessários, incluindo os obrigatórios para modernizar fisicamente a administração do pessoal (equipamentos de escritório).

Neste momento as Secções de Formação e Aperfeiçoamento Profissional e de Quadros e Carreiras estão descobertas, sem um único elemento. A equipa necessita de 1 Jurista e de 2 técnicos superiores com perfil de formação na área social (sociólogo, psicólogo, pedagogo). A equipa deve ser reforçada

com elementos nacionais ou com AT de longa duração. Esta AT seria particularmente importante para apoio à Repartição de Formação. Seria igualmente importante para a reconcepção, implementação e manutenção do SIP/SIGRH.

A direcção deveria também receber formação diferenciada a nível de pós-graduações (de preferência em programas de ensino à distância) e visitas de estudo (o sistema de formação do Ministério da Saúde de Moçambique é modelar e merecedor de uma visita por parte da equipa responsável por formação; o Observatório de RHS no Brasil talvez fosse outro elemento a considerar como digno de visitar).

A DRHO deve também ser equipada com instrumentos de gestão de RHS – quadro de pessoal, balanço social, um SIP funcional, etc. Muitos destes são abordados noutros pacotes de actividades.

Implementar e fazer funcionar uma estrutura de coordenação da estratégia de RHS devidamente integrada na equipa de gestão do PNDS

O PNDRHS II será parte integrante do PNDS II. A célula de gestão do PNDS I foi mais orientada para uma gestão financeira do que estratégica. Para o PNDS II, a Célula de Coordenação e Seguimento da Implementação do PNDS será a estrutura, a criar, responsável pela administração do dia-a-dia e pela contabilidade dos fundos de execução do PNDS II. Corrigindo as fragilidades da Célula de Gestão do PNDS I, a nova estrutura será composta de forma diferente de modo a lhe atribuir uma maior visão estratégica da saúde em função dos objectivos prioritários e missão da saúde. Desta forma, na sua composição terá obrigatoriamente seguintes elementos básicos: (1) um coordenador da Célula – necessariamente um especialista em saúde pública e gestor dos sistemas de saúde; (2) um Responsável pela Planificação, Seguimento e Avaliação (3) um contabilista sénior. Esta estrutura será adequada a diferentes interesses em jogo e será responsável pela gestão de todos os recursos postos a disposição do MINSAP para a implementação do PNDS com todos os seus programas. Caberá ao CNS utilizar o seu espaço de concertação entre partes interessadas para negociar com todos os parceiros e articular os interesses de cada um a fim de fazer funcionar a Célula para que cada parceiro se encontre nela. Deverá ser fortalecida com inclusão na equipa do responsável pela DRHO.

Propor, adoptar e implementar uma estrutura de gestão de RHS, desde a administração central às áreas sanitárias, criando o quadro de pessoal necessário, com as competências e instrumentos necessários

A gestão dos RHS não pode nem deve estar limitada a um departamento central do MINSAP. Devido ao seu impacto e sua abrangência deverá estar integrada numa estrutura abrangente - incluindo parceiros, outros ministérios relevantes (finanças, plano, administração pública e educação), os responsáveis por instituições de formação e os principais parceiros – que superintenda a implementação do PNDRHS. Esta estrutura deveria ter um secretariado permanente, centrado na DRHO. O nível central deverá reunir-se uma vez por semana, enquanto que uma estrutura semelhante deve ser encorajada em cada uma das Regiões. Um plenário de todas estas estruturas, não-formais, flexíveis, deverá ser organizado cada seis meses.

Definir, legislar e implementar uma nova classificação de profissões de saúde e respectivas carreiras

É preciso separar claramente o conceito de profissões do conceito de carreiras existentes nas estruturas do MINSAP. Não existe uma classificação oficial das profissões de saúde. É de considerar a possibilidade de introduzir novas profissões de saúde, como as que já existem noutros países africanos. De entre as novas profissões, seria possível conceber um quadro de técnicos médios de cirurgia, como é a situação em Moçambique. Uma classificação normalizada das profissões específicas da saúde é importante por várias razões: para orientar a sua produção, para a normalização de quadros de pessoal, para recolha de dados para o SIP, para reconhecimento de formações no estrangeiros, para regulamentação de carreiras e salários, entre outras. Esta deve ser desenvolvida em articulação com o Instituto Nacional de Estatística, com a Ordem e associações profissionais e sindicais e com os demais órgãos do governo para tal relevantes a fim de ser submetido a aprovação do Conselho de Ministros até fins de 2010.

A DRHO deve identificar as profissões consideradas prioritárias em termos de governação, administração e gestão e prestação de serviços. Estas indicações seriam orientadoras da estratégia de recrutamento para a saúde e para decisões sobre prioridades de formação a todos os níveis. Estas deveriam ser dadas a conhecer aos Ministérios com protagonismo na educação de profissionais de saúde para evitar o desfasamento que agora se verifica entre a educação, negócios estrangeiros e saúde.

Um vez legisladas devem ser convertida em novas carreiras se necessário ou equiparadas às carreiras já existentes. O reforço da gestão das carreiras é importante de forma a garantir progressões e promoções como factores de motivação do pessoal. A situação das carreiras dos profissionais de saúde, mais do que regulamentação, precisa de ser revista em conjunto com as associações profissionais e sindicatos em articulação com questões de criação de um quadro de pessoal e com as questões salariais.

Deve também ser considerada a situação particular do pessoal da ENS, contemplando-se a possibilidade de criação de carreiras especiais que valorizem a docência e a ENS.

Rever e desenvolver uma nova pirâmide profissional para o SNS

A pirâmide profissional da GB deveria reduzir o peso do pessoal elementar e auxiliar, reforçar o peso dos quadros médios e favorecer competências generalistas e competências importantes para a consecução dos objectivos de desenvolvimento do milénio. Estas orientações deverão ser vertidas em normas de afectação de pessoal, e quadros institucionais que ao serem implementadas devem contribuir para a correcção de défices de pessoal e minimizar as desigualdades na distribuição de pessoal entre as regiões. Este trabalho deverá ser completado em articulação com os responsáveis pelas intervenções para o combate ao HIV/SIDA: essas decisões terão um impacto maior nesta pirâmide.

Devem também garantir a reposição da legalidade das contratações de acordo com a legislação vigente (que carece de regulamentação).

A falta de enquadramento jurídico das colaborações obtidas através de receitas próprias precisa de ser clarificada.

Para garantir um salto qualitativo na prestação de cuidados, as normas de afectação de pessoal devem ser revistas, tendo em conta:

- a produção nacional de enfermeiras a nível universitário, recomendando-se a sua colocação em instituições de formação, a níveis de referência nacional e hospitais regionais, nesta ordem de prioridade;
- a actual suspensão de produção de pessoal auxiliar (reconsiderar o seu papel como pessoal de apoio nos hospitais?), continuar o esforço de corrigir o défice em enfermeiros gerais e técnicos médios, nomeadamente de laboratório e de radiologia, para preenchimento de vagas, preferencialmente nas regiões sanitárias;
- a actual suspensão na produção de parteiras, fazer formações que dêem às parteiras, competências em enfermagem geral, permitindo-lhes assim a equiparação a enfermeiras especialistas, para preenchimento de vagas, preferencialmente nas regiões sanitárias;
- que uma das prioridades do PNDS é organizar e desenvolver a equipa básica, de acordo com a dotação mínima identificada no PNDS II, para a prestação dos cuidados de saúde previstos no PCE (também definido no PNDS II), o preenchimento das vagas para técnicos médios que serão abertas nos próximos 5 anos deverá ser feito quase exclusivamente com enfermeiras

gerais, ou enfermeiras especialistas (parteiras e saúde pública), técnicos de cirurgia e de apoio à cirurgia, e técnicos de laboratório e de radiologia (visando aumentar a qualidade dos cuidados de saúde à população aos níveis mais periféricos).

A política do ministério concernente aos ASC e matronas, de não aumentar o seu número, mas sim de melhorar a sua qualidade e empenho, deve manter-se na actual conjuntura. A proposta GAVI-RSS contempla algumas propostas sobre o papel destes membros da equipa de saúde.

No que concerne a redistribuição prevê-se:

- Substituir as enfermeiras auxiliares e gerais no quadro de pessoal do hospital central (HNSM) com enfermeiras superiores e especialistas, sendo o excedente enviado para os novos centros de saúde a construir no SAB;
- Afectar o pessoal recém-formado ou reintegrado, prioritariamente nas regiões mais desfavorecidas, definidas de acordo com critérios explícitos a especificar (semelhantes aos definidos para o projecto GAVI-RSS, que identificam as AS mais desfavorecidas por região).

Desenhar, desenvolver, implementar e actualizar um SIP adequado aos diversos níveis de gestão de RHS

O Departamento de Pessoal não tem o SIGRH em operação e a gestão tem sido feita sem base informativa actualizada, não havendo informação estatística sobre o pessoal, faltando um controlo das formações realizadas, de situações disciplinares e dos efectivos em termos de saídas e entradas; não se conseguindo congregar informação relativa ao período de férias dos funcionários e relativamente às situações de aposentações, doença prolongada, falecimentos e outras licenças.

As intervenções necessárias colocam-se a três níveis.

A responsabilidade pelo SIP deveria ficar, em todos os seus aspectos entregue à Secção de Gestão Informática e Arquivo Manual da Repartição de Gestão de Pessoal da DRHO que deveria ser capacitada com os RH e técnicos para tal.

Um nível de intervenção, imediato e urgente, implica completar e limpar a base de dados SIGRH e revê-la para a tornar compatível com importação dos seus dados por um software de análise (SPSS, Epiinfo, Excell), a fim de poder obter estatísticas que permitam conhecer com rigor a força de trabalho no sector da saúde na GB, identificar necessidades imediatas e fazer previsões simples de saídas e evoluções de rácios que sirvam de base para uma primeira estimativa de necessidades de formação a curto prazo. Este trabalho pode e deve ser feito pelo actual pessoal da DRHO.

As estatísticas a produzir deverão:

- Ser agregadas por: nível central-regional; por região (excluindo na Região Sanitária do SAB as instituições de carácter nacional e de governação); por nível de cuidados e por tipo de instituição de saúde – estas variáveis carecem de definição;
- Para cada nível de agregação apresentar:
 - distribuição percentual por sexo, distribuição por categorias profissionais, comparar pirâmides etárias por sexo, comparar pirâmides de nível de formação por sexo;
 - alguns rácios: enfermeiro por médico, total de profissionais de saúde por cama hospitalar e unidade de saúde, enfermeiro por cama hospitalar e unidade de saúde, médico por cama hospitalar e unidade de saúde, rácios por 100 000 habitantes.
 - Projecções de saídas por diversas causas, estimativas da evolução da população, estimativas das necessidades de produção para diversos cenários (manter actuais rácios de profissionais por população, repor rácios de antes da guerra civil e outros.

Um outro nível, implica a concepção de um SIP mais completo e complexo, que seja adaptável aos vários níveis de gestão do SNS, desde o nível central ao institucional, e que poderia ser feito com recurso a peritos nacionais ou estrangeiros em regime de consultoria.

3. Metas

As metas têm a ver com a consecução dos pacotes de actividades de acordo com um cronograma a estabelecer.

4. Assistência técnica

A assistência técnica (AT) para este pacote de actividades poderia passar pela reactivação da Rede de Directores de RHS dos países na CPLP. Esta rede já teve duas reuniões presenciais, a primeira em Sandton na África do Sul sob a égide do BAD e do BM e a segunda sob a égide da CPLP em Lisboa. Teve também algumas teleconferências de partilha de informação. Se reactivada, poderia ser um importante fórum de discussão e uma forma de identificar consultores para AT mais específica.

B. VERTENTE ESTRATÉGICA II – REFORÇO DOS VALORES DE REFERÊNCIA

1. Objectivo Geral

Esta vertente estratégica tem por objectivo reforçar uma gestão de RHS e uma oferta de serviços baseada em valores de referência explícitos e bem conhecidos. Estes valores de referência devem orientar-se por uma missão de serviço público e por códigos deontológicos profissionais. Deveriam enfatizar a justiça social, equidade, eficiência, efectividade, acessibilidade, solicitude, participação comunitária e colaboração inter-sectorial, identificando claramente direitos e deveres, tanto dos profissionais como dos utentes, referenciando-se a códigos deontológicos e a cartas de deveres e direitos, numa cultura de transparência e rigor.

Nos documentos operacionais, deveriam também ser mais explícitos os compromissos com critérios e indicadores de equidade no desenvolvimento e distribuição dos RHS. A sustentabilidade de uma estratégia de saúde depende não só de ganhos globais nos indicadores sanitários do país, mas também na redução das desigualdades entre diferentes áreas sanitárias (AS).

2. Pacotes de actividades

Considerando a situação identificada, consideram-se necessárias intervenções a nível do PNDS II, das instituições de regulação profissional, da administração pública e da gestão das unidades de saúde (US), dos cidadãos e das instituições de formação (IF).

Conduzir uma reflexão sobre os valores a incluir no PNDS II

O PNDS II deve:

- Definir claramente a missão do serviço público de saúde não só em termos de cobertura e objectivos de saúde pública mas também em termos de solicitude para os utentes e de solidariedade para com os grupos mais vulneráveis.
- Estabelecer princípios da prática dos profissionais de saúde compatíveis com os valores tradicionais da sociedade guineense e com outros valores e princípios cada vez mais universais, nomeadamente:
 - respeito pela vida humana;
 - direito do cidadão à informação sobre os seus direitos enquanto doente/utente;
 - garantia de acesso, sem obstáculos, a cuidados essenciais de qualidade;
 - redução do sofrimento e gestão da dor;
 - confidencialidade;
 - consulta individual no quadro da prestação de cuidados.

Estes valores e princípios enfatizam o aspecto singular da relação entre o doente e o profissional de saúde, que deve ser dignificado e protegido, incluindo o respeito pela especificidade das tarefas de cada grupo profissional.

Instalar uma Ordem das Profissões de Saúde e capacitá-la, e às Associações Profissionais, para o exercício da sua função reguladora do exercício profissional para benefício do cidadão

Só existe uma ordem profissional na GB, a dos médicos. Pouco dinâmica, funciona como um registo dos médicos guineenses e mesmo assim pouco actualizado. A Associação de Enfermeiros e Parteiras, embora com um grande dinamismo de pendur sindical, pouco trabalho tem desenvolvido no sentido de se estabelecer como uma entidade reguladora do exercício profissional.

Neste contexto, seria importante que o MINSAP assumisse o papel de dinamizar com estes interlocutores sociais o desenvolvimento de uma única Ordem dos Profissionais de Saúde que assumisse a responsabilidade por desenvolver e promover códigos deontológicos para os profissionais de saúde guineenses e que assistisse o MINSAP na melhoria e manutenção da qualidade dos serviços.

Capacitar o Ministério da Saúde Pública para o exercício da sua função reguladora e controladora do sistema de saúde

Para além dos aspectos já referidos é necessário fortalecer a capacidade do MINSAP e das Direcções Regionais de Saúde (DRS) para incentivar um desempenho sólido por parte dos profissionais de saúde e para supervisionar as estruturas sanitárias no domínio financeiro, a fim de reduzir a utilização fraudulenta dos montantes resultantes das diferentes iniciativas de recuperação de custos.

Os centros nacionais de referência e os hospitais regionais deveriam ser incentivados a estabelecerem projectos funcionais e regulamentos internos a fim de dar orientações claras aos serviços em como enquadrar os comportamentos das equipas para os cuidados de nível secundário e terciário, com reforço da autonomia e capacidade de gestão do estabelecimento e serviços de cuidados a esses níveis. Estas iniciativas deveriam estar integradas em iniciativas de formação de gestores clínicos dos hospitais e outras unidades de saúde.

Apoio a uma cidadania informada

Todas estas iniciativas deveriam ser largamente publicitadas entre os cidadãos e os profissionais, e deveriam estar associadas à realização de encontros/seminários de reflexão sobre os direitos humanos e direitos dos doentes, à constituição e/ou capacitação de iniciativas que promovam a participação de associações de doentes e que sejam conducentes à criação e instalação da rede de amigos dos hospitais. No sistema de saúde deveriam ser estabelecidos sistemas de queixas e sugestões. E em todas as unidades de saúde deveriam evidentes informações sobre horários, queixas, sugestões, custos, e o nome dos profissionais a fazer o atendimento.

Seria importante considerar uma Comissão Nacional de Bioética, integrando elementos da sociedade civil, que contemplasse também nos seus termos de referência, matérias relacionadas com a humanização dos cuidados de saúde, particularmente nos hospitais.

Como noutros países, deveriam ser criados postos de Provedores do cidadão nas DRS e no MINSAP, para resolver conflitos e assegurar a transmissão das informações ao mais alto nível relativamente à qualidade do atendimento dos doentes e à sua segurança.

Quando existir capacidade técnica para tal, deveria ser considerada a criação e desenvolvimento de um portal que proporcione maior transparência e melhor informação ao cidadão e à sociedade sobre o MINSAP, os seus departamentos e serviços centrais e regionais, os estabelecimentos do SNS, e sobre o seu desempenho e resultados alcançados.

Socialização em IF conducente a comportamentos norteados pelos valores orientadores

É nas IF que o profissional é socializado, aprendendo, por exemplo e observação, comportamentos que dignificam a profissão e que garantem o elo de confiança, respeito e entrega que fazem parte da relação entre o doente e o profissional de saúde. A importância deste processo de socialização deve ser enfatizado não só nos corpos docentes das instituições formadoras, mas também entre os quadros profissionais das instituições prestadoras de cuidados que colaboram nesta formação. Alunos e formadores devem partilhar processos de reflexão sobre aspectos éticos da de ser um profissional de saúde sobre a importância da comunicação com o doente, o conceito de empatia, e o saber escutar as necessidades de quem nos procura.

Estes processos de reflexão deverão conduzir a uma revisão dos currículos se tal for necessário e contribuir para vulgarizar o juramento de Hipócrates/enfermagens relativo à missão de médico/enfermeiro na sociedade, divulgando-o amplamente nas US.

3. Metas

As metas têm a ver com a consecução dos pacotes de actividades de acordo com um cronograma a estabelecer.

4. Assistência técnica

A AT para esta vertente estratégica pode ser da mais diversificada: de Ordens Profissionais em Países Lusófonos, de IF e de Comissões de Bioética nos parceiros tradicionais da GB e de ONG, particularmente as que integram profissionais guineenses na diáspora.

C. VERTENTE ESTRATÉGICA III – MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E MOTIVAÇÃO DO PESSOAL

1. Objectivo Geral

O objectivo desta vertente estratégica é contribuir para a correcção dos principais factores de desmotivação dos RHS, nomeadamente os factores associados a salários, subsídios e incentivos, condições técnicas de prática profissional e condições de biossegurança.

2. Pacotes de actividades

Rever o quadro de salários, subsídios e incentivos, financeiros e não-financeiros, dos critérios de atribuição dos mesmos, e o sistema de pagamento

Os salários insuficientes mas, sobretudo, os atrasos no seu pagamento, fazem com que exista uma *crise de autoridade e de responsabilidade*: Ninguém se sente obrigado a coisa nenhuma quando não recebe salário (ou não sabe quando vai recebê-lo). Ninguém se sente moralmente autorizado a exigir de uma parte, quando a outra parte também não cumpre.

É preciso estudar soluções para os atrasos nos pagamentos salariais. A solução passa pela prioridade que o Ministério da Finanças der ao pagamento de salários. Seria, no entanto, de considerar a possibilidade de, com o apoio dos doadores, se criar um fundo de reserva para garantir o pagamento atempado, repondo o Estado os fundos salariais que forem sendo retirados. Esta experiência, já tentada nos anos 1990, deveria ter mecanismos de controlo para evitar a repetição da situação anterior, implementada com o apoio da União Europeia, em que os fundos foram utilizados para situações não protocoladas.

Os subsídios devem ser atribuídos de acordo com a capacidade financeira do Estado, com o fim de reforçar a concretização de objectivos estratégicos associados com a redistribuição do pessoal para redução das desigualdades na sua distribuição e/ou disponibilidade. A decisão de activar e/ou reforçar o de vela e o de isolamento reflecte prioridades que são consideradas adequadas.

Seria importante envidar esforços no sentido de garantir que o pagamento de subsídios seja incluído na folha salarial (para o mês n, seriam pagos os subsídio referentes ao mês n-1).

Deveriam também ser estabelecidos critérios para activação de outros subsídios considerados na lei mas ainda não activados.

As normas de afectação, de acordo com o isolamento do local de colocação e a antiguidade no posto, deveriam estar associadas a normas de duração da estadia e a pacotes de benefícios financeiros e não financeiros (habitação, água e electricidade, acesso à internet, contagem aumentada de tempo para aposentadoria, acesso prioritário à formação, benefícios de acesso prioritário de descendentes ao ensino superior, e vias rápidas promoção).

A possibilidade de prémios de desempenho (incentivos) para equipas de saúde deveria ser pilotada. Propõe-se fazer tal no quadro do financiamento GAVI-RSS já aprovado.

A atribuição de complementos salariais com os fundos da IB, deveria ser revista e regulamentada.

O período que vai desde a colocação depois da contratação ao recebimento do primeiro salário precisa de ser reduzido.

Deveriam ser consideradas possibilidades de contratação a tempo parcial, Em casos de contratação a tempo inteiro deveria ser considerada a possibilidade de recompensar financeiramente a exclusividade para certos cargos.

Garantir as condições técnicas necessárias para o bom desempenho profissional

A falta de equipamentos onde eles são necessários para o bom exercício das profissões é amplamente reconhecida. A solução deste problema passa pela identificação e normalização das condições técnicas necessárias para o PCE e para o bom desempenho das equipas mínimas identificadas como necessárias para cada US tipo, garantindo, com o apoio dos parceiros a concretização destas condições.

Garantir condições de biossegurança aos trabalhadores da saúde

Não há informação específica sobre o impacto do VIH/SIDA ou de outros riscos profissionais, nos RHS na GB. É importante conhecer esse fenómeno, visto que profissionais durante as visitas preparatórias deste PND RHS manifestaram ter sofrido acidentes com objectos penetrantes, contaminados com materiais biológicos sem haver uma gestão adequada destes episódios por desconhecimento.

Urge que o PEN de combate ao VIH/SIDA dê prioridade aos profissionais de saúde, a condições seguras de prática profissional e a procedimentos para acidentes com materiais biológicos. Um profissional de saúde bem informado sobre como se proteger contra o VIH, é uma mais valia para os SNS e para toda a população.

Recomenda-se pois que até Dezembro de 2010 se implemente uma acção preventiva e de despistagem específica para os trabalhadores de saúde, facilitando-lhes prioritariamente o acesso à terapia antiretroviral e para prevenção das infecções oportunistas. Devem também ser desenhados, divulgados e implementados protocolos para acidentes com matérias biológicas, normas de segurança para a manipulação destes mesmos materiais e disponibilizados equipamentos protectores.

3. Metas

As metas têm a ver com a consecução dos pacotes de actividades de acordo com um cronograma a estabelecer.

4. Assistência técnica

A AT para estes pacotes de actividades deveria ser muito direccionada para apoiar a identificação de soluções financeiramente sustentáveis, o impacto das soluções identificadas no esforço financeiro do Estado e nos mecanismos de apoio a esse esforço para o garantir de uma forma regulamentada, regular e previsível.

D. VERTENTE ESTRATÉGICA IV – REFORÇO DA CAPACIDADE DE FORMAÇÃO

1. Objectivo Geral

A Guiné-Bissau deverá, na vigência do PNDS II, tornar-se auto-suficiente na produção dos seus médicos generalistas e de alguns dos seus técnicos médios, nomeadamente dos seus enfermeiros, e técnicos de laboratório. Deveria também recorrer à AT ou ao envio para o exterior, para formação de equipas médias de cirurgia (técnicos de cirurgia e de anestesia e enfermeiros instrumentistas) para ir ao encontro das necessidades do país até 2017 e para se equipar com uma dotação mínima de quadros médicos especializados.

A formação de base no exterior efectua-se através do Ministério da Educação sem coordenação com o MINSAP, enquanto que as pós-graduações no exterior são da iniciativa do MINSAP e do Ministério da Educação, sem coordenação entre ambos. As pós-graduações no exterior deverão ser planeadas no contexto das necessidades e mecanismos de formação contínua dos profissionais de saúde.

2. Pacotes de actividades

Apoio à faculdade de medicina para satisfazer as necessidades de médicos generalistas do SNS numa década. Identificar formas de a tornar sustentável com recursos guineenses, incluindo quadro de professores.

Esta experiência é uma experiência inovadora que merece acompanhamento e avaliação, não só pelo que promete à GB, médicos adequados às realidades locais, mas também pelas possibilidades que

representa de formação de médicos, para pequenos países de baixos recursos, que não podem apostar numa formação médica mais clássica.

É importante garantir um acompanhamento desta experiência para validar a sua relevância para pequenos países africanos e formação de médicos em situações de escassez de recursos. A OMS-Afro poderia assumir essa responsabilidade.

É também importante mobilizar, paulatinamente, docentes guineenses para partilharem as responsabilidades da docência. Os quadros médicos diferenciados do PSB poderão apoiar esta prioridade.

A produção da Faculdade deveria ser aferida pelas necessidades de médicos identificadas neste PND RHS II. Deveriam ser criadas as condições para, à saída do estágio final, os médicos recém-formados virem equipados com competências em intervenções cirúrgicas mais frequentes, como cesarianas. O custo deste programa de formação deverá ser estimado e monitorizado com o apoio da AT.

Melhorar as condições de trabalho e motivação do pessoal da Escola Nacional de Saúde de forma a garantir a optimização do seu funcionamento

A situação da ENS, do seu funcionamento e do seu futuro deveria ser objecto de uma avaliação profunda, que conduzisse a mudanças que resultassem numa unidade pedagógica do MINSAP mais dinâmica e com maior capacidade de resposta às necessidades do SNS. A situação do seu quadro de pessoal e seus benefícios deveriam ser repensados. O MINSAP precisa de incluir nos seus planos de carreiras, carreiras para pessoal docente.

Já em 2008, deveria ser conduzida uma avaliação da situação da ENS, em regime de consultoria, se necessário, de forma a dar prioridade máxima à elaboração de plano de formação inicial e contínua dos RHS 2008-2015, tendo em conta as necessidades de RHS para o SNS e criar os instrumentos e outras condições necessárias para a sua execução.

Os custos dos diferentes programas de formação deverão ser estimados e monitorizados com o apoio da AT.

Desenvolver e implementar um programa de formação para gestores do SNS

O sucesso do PNDS depende de ganhos em eficiência que só são possíveis perante um quadro gestor competente para ultrapassar nomeações para cargos de chefia com base em parcialidade e favoritismos, sem atenção às qualificações necessárias.

É portanto essencial identificar os gestores necessários a cada nível do SNS e desenvolver e implementar um Plano de Formação em Gestão específico a cada um desses níveis, articulado com uma definição clara dos perfis dos gestores e administradores do sistema de saúde de forma a promover a capacitação institucional e com ligação ao pacote de desenvolvimento de instrumentos de gestão - quadro de pessoal, quadro de mobilidade, balanço social, painéis de controlo (tableau de bord), manual de acolhimento, sistemas de informação, Boletim Anual dos RHS ...) ou da capacidade para os utilizar e desenvolver (incentivos). Este programa poderia vir a articular-se com o programa de fortalecimento da gestão coordenado pela OMS.

3. Metas

As metas têm a ver com a consecução dos pacotes de actividades de acordo com um cronograma a estabelecer.

4. Assistência técnica

O principal enfoque deste pacote de actividades é na formação com qualidade e em quantidade adequada para uma gama limitada de grupos profissionais prioritários. Dar-se-á portanto, prioridade a AT de cariz pedagógica. Ao assumir esta posição, está-se imediatamente a sinalizar uma dependência continuada de AT para toda uma outra gama de RHS que não receberão atenção prioritária pelas IF locais. Nesta categoria colocam-se principalmente as especialidades médicas.

A AT para este pacote de actividades deveria também ser muito direccionada para apoiar a identificação de soluções financeiramente sustentáveis, o impacto das soluções identificadas no esforço financeiro do Estado e nos mecanismos de apoio a esse esforço para o garantir de uma forma regulamentada, regular e previsível.

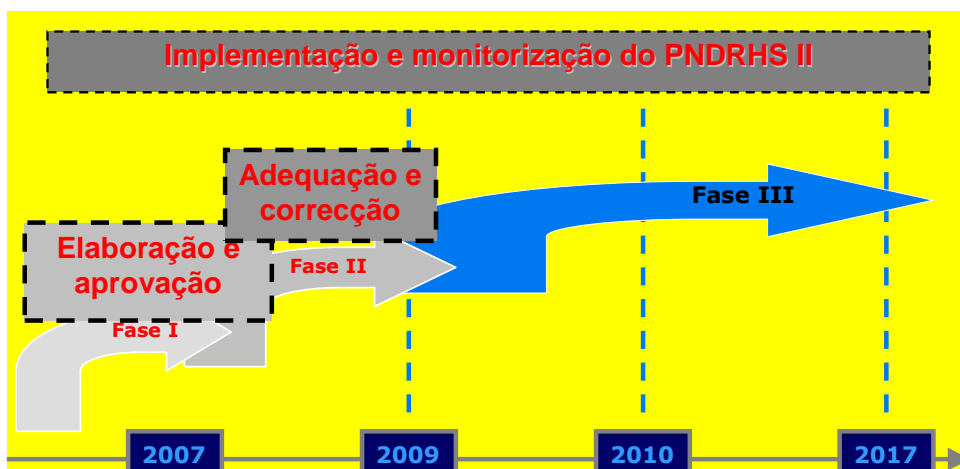
IMPLEMENTAÇÃO DO PNDRHS II

5. Objectivo Geral

As orientações estratégicas das vertentes estratégicas I-IV terão de ser convertidas num roteiro operacional de implementação (Anexo 2). Este pacote proporciona um quadro de referência para orientar essa implementação.

6. Fase e pacotes de actividades

A valorização do planeamento como um processo continuado leva a que se considere o PNDRHS II não como um produto finalizado, mas, antes, como um instrumento em actualização contínua, para o tornar mais sensível às percepções que se vão tendo da sua adequação ou não ao momento. Prevê-se, pois, uma evolução natural, fácil e lógica entre as sucessivas fases deste PNDRHS II devidamente integrado no PNDS II.



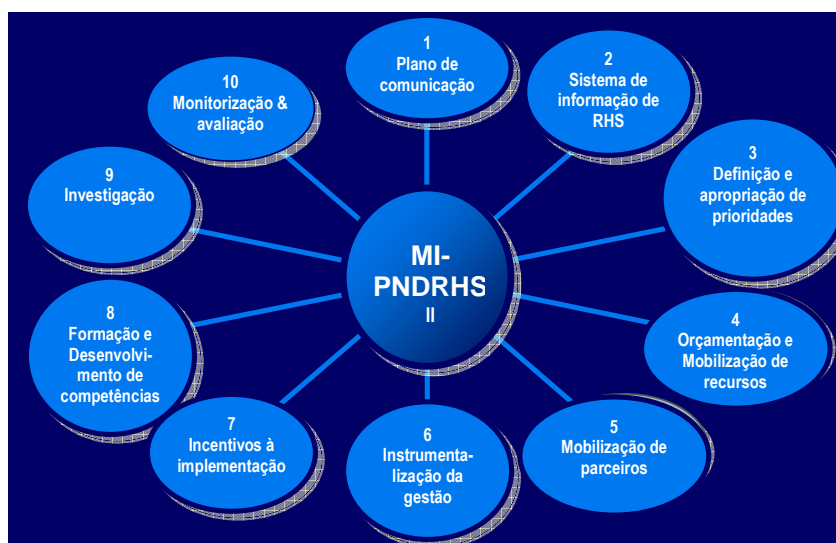
A fase I corresponde à definição da situação actual dos RHS na GB, da estrutura do Plano e dos seus objectivos globais, assim como à sua validação numa oficina de trabalho, e especificação das principais orientações estratégicas e metas prioritárias. Esta fase, completada no primeiro semestre de 2008, coincidirá com a sua aprovação ministerial. A fase II, de 2008 a meados de 2009, será a fase de "lançamento" do PNDRHS II, de adequação ao PNDS II, de aprofundamento de alguns dos eixos estratégicos e de operacionalização das estruturas e processos de acompanhamento e de orçamentação. Durante este período serão realizadas algumas consultorias para especificação técnica de alguns dos temas identificados. O plano será implementado em 10 vertentes operacionais detalhadas no Anexo 2.

**ANEXO 1 – RECUPERAÇÃO E CONSTRUÇÃO DE
INFRAESTRUTURAS DE FORMAÇÃO**

ANEXO 2 - IMPLEMENTAÇÃO DO PNRHS II

A implementação do PNRHS II será um processo trabalhoso, complexo e exigente em competências. Para garantir um processo bem coordenado, bem documentado, dialogante, rigoroso, eficiente e efectivo, propõe-se o seguinte quadro de referência para a sua execução. Este quadro de referência implica o estabelecimento de um Grupo de Monitoria e Implementação do PNRHS (MI-PNRHS) responsável por dez pacotes de trabalho, conducentes a uma implementação bem sucedida do PNRHS. (figura 2). Este grupo deveria estar coordenado com as estruturas de gestão do PNDS II, ainda por especificar.

Figura 2 – Implementação do PNRHS II



a) EXECUÇÃO

A implementação deste PNRHS tenta documentar todo o processo de implementação, com um grande ênfase na formação. A força de trabalho tem que melhorar as condições de trabalho, a rede sanitária tem que ficar melhor definida, a rede de formação do MINSAP tem que ser capacitada e a capacidade de gestão tem que ser fortalecida.

Serão consideradas a possibilidade de os esforços do sector público serem complementados com os esforços de outros sectores, através de mecanismos de co-financiamento e/ou de contratualização das actividades a executar.

b) Grupo de Monitoria e Implementação

O MI-PNRHS deverá ser um grupo sénior, integrado nas estruturas de gestão do PNDS II, com carácter multidisciplinar (incluindo profissionais de carreiras específicas da saúde, economistas, especialistas em recursos humanos e especialistas em gestão de informação & conhecimento. Estes podem ser partilhados para outras tarefas que têm a ver com o PNDS II *sensu lato*).

Os membros deste Grupo deverão ocupar os cargos a tempo inteiro, com exclusividade e disponibilidade permanente (isenção de horário). O MI-PNRHS será nomeado por um período de três anos, podendo ser prolongada a sua existência em circunstâncias excepcionais que o justifiquem.

c) Comunicação (associado às actividades 3,6,9 e 10)

O conhecimento do PNRHS II, das suas intenções, dos instrumentos nele contemplados e dos resultados desejados, interessam a um grupo diversificado de utentes, políticos, administradores públicos de diversos sectores, associações profissionais e ordens, sindicatos, ONG, parceiros

internacionais e a cada um dos profissionais de saúde. O sucesso depende da mobilização de vontades para facilitarem o sucesso do PNDRHS.

Uma das tarefas prioritárias será, portanto, a elaboração e execução de um Plano de Comunicação com as diversas audiências, garantindo um contacto continuado e sustentado ao longo do período de vigência das actividades do MI-PNDRHS. Este plano deveria recorrer a canais diversos, como aos jornais, à rádio, à televisão, a panfletos e posters e às novas tecnologias, com base na web.

d) Sistema de informação e observatório de RHS (associado à actividade 6)

Os principais objectivos desta iniciativa são, para além de consolidar o SIP:

- Incentivar e promover estratégias e intervenções sobre RHS com base em evidências;
- Apoiar a tomada de decisão sobre RHS com a disponibilidade de dados, informação e conhecimento sobre os RHS nacionais;
- Desenvolver capacidades para avaliar e monitorizar a situação dos RHS;
- Estabelecer uma plataforma, uma comunidade de conhecimento, de produtores, utilizadores de informação sobre RHS e de advocacia do desenvolvimento dos RHS;
- Mobilizar recursos e apoios técnicos.

O âmbito do trabalho cobre:

- Melhorar as bases de dados sobre RHS nos níveis nacional, distrital e institucional (harmonizar definições, instrumentos de colheita de dados, relacionamento e acessibilidade aos dados de acordo com diferentes níveis de acesso autorizado);
- Promover a investigação e análise de dados e desenvolver actividades de capacitação em recolha de dados, análise de dados e comunicação;
- Sistematizar anualmente a informação sobre RHS de acordo com um formato padronizado;
- Criar e manter meios de apresentação regular de informação sobre RHS (manifestos, memorandos, fóruns); integrar-se numa rede internacional de observatórios de RHS.

A base institucional do Observatório será no INSAP, funcionando em rede com outros ministérios relevantes, as Universidades e outras instituições de formação e com os responsáveis pelo SIP a todos os níveis.

e) Apropriação de prioridades ao nível regional (associado às actividades 2 e 3)

O PNDRHS é baseado numa visão macro da realidade Guineense. Essa visão macro tem que ser repensada nos diversos contextos regionais e vertida em Planos Regionais de RHS. O MI-PNDRHS, deveria dinamizar, incentivar e validar estes exercícios de planeamento.

f) Parceiros e recursos (associado à actividade 2)

O sucesso da implementação depende de parcerias bem estruturadas com uma definição clara de deveres e direitos, de expectativas em termos de resultados e de recompensas pela consecução desses resultados.

As parcerias têm de perder a informalidade e assumir compromissos formais com os objectivos e metas do sector público. Para tal é necessário que estes estejam bem especificados, que os recursos estejam disponíveis, que existam instrumentos legais e gestionários e que os serviços responsáveis tenham as competências necessárias para os acompanhar.

O MI-PNDRHS será responsável por identificar parceiros para diferentes actividades das diferentes vertentes estratégicas, contratualizando com eles, em parcerias com os serviços públicos a sua execução, garantindo o acesso aos recursos necessários e adequados a essa execução, incluindo a assistência técnica.

Em termos de recursos financeiros necessários para a consecução do PNDRHS II prevêem-se as seguintes necessidades:

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Salários e subsídios									
Incentivos à consecução do plano									
AT									
Formação									
DPC									
Infra-estruturas de formação									
Equipamentos de formação									
Investigação sobre RHS									

g) Assistência técnica³

Muitas das actividades serão executadas recorrendo ao apoio da AT nacional e internacional. O MI-PNDRHS será responsável de fazer um plano para assistência técnica à consecução do PNDRHS, podendo atribuir a gestão de partes desse plano a diferentes actores envolvidos na sua execução.

h) Formação, desenvolvimento de competências (associado às actividades 1,15,16,e 17) e instrumentalização da gestão (associado às actividades 1,17)

A implementação bem sucedida deste PNDRHS II passa pela existência de competências chave onde elas são necessárias apoiadas por instrumentos de gestão adequados. Uma das importantes tarefas do MI-PNDRHS é identificar as competências necessárias colocá-las onde necessárias, recorrendo à mobilidade, à formação ou à assistência técnica.

i) Investigação

A investigação é necessária para completar lacunas no conhecimento sobre os RHS Guineenses e para documentar o custo efectividade de muitas das actividades propostas. Para tal o MI-PNDRHS elaborará um Plano de Investigação sobre RHS na Guiné-Bissau e acompanhará a sua execução.

j) Monitorização e avaliação (associado à actividade 2)

A médio prazo o PNDRHS quer alcançar objectivos associados com a capacitação do sistema de formação e gestor, com o recrutamento e colocação do pessoal, e com a sua retenção onde eles são mais necessários.

³ Assistência técnica é um termo utilizado para incluir contratos de curta, média e longa duração, de nacionais ou estrangeiros.

Caixa 1 - Resultados esperados nos primeiros 36 meses do PNDRHS – Junho de 2008 a Junho de 2011

<p>Mecanismos e estruturas de acompanhamento e monitorização</p> <p>Planos de trabalho anuais – nacionais e regionais</p> <p>Publicação e disseminação do PNDRHS II</p> <p>Capacitação</p> <ul style="list-style-type: none">■ Formação e instrumentalização dos gestores em geral e dos gestores de RHS em particular.■ Formação dos gestores em geral e dos gestores de RHS em particular.■ Elaboração e implementação do Plano de formação acelerado 2009-2012.■ Plano de formação contínua para todos os funcionários, orientado pelo PCE.■ Capacitação dos centros de formação.■ Desenvolvimento da função observatório. <p>Quadros de pessoal</p> <ul style="list-style-type: none">■ Finalizar mapa sanitário.■ Definir, e aprovar quadros de pessoal nacionais, regionais e institucionais.■ Definir quadro de gestores para cada nível do sistema e para cada tipo de instituição de saúde. <p>Recrutamento e colocação</p> <ul style="list-style-type: none">■ Basear o recrutamento e a colocação nas vagas associadas a quadros de pessoal, recrutando o máximo de quadros saídos das instituições de formação. <p>Retenção</p> <ul style="list-style-type: none">■ Incentivos de retenção, associados a compromissos de exclusividade e trabalho a tempo inteiro, para as carreiras prioritárias.■ Definição e implementação de pacote de incentivos associados à consecução de objectivos estratégicos.■ Aprovação de subsídios conducentes a uma melhoria da condição social dos trabalhadores em geral.■ Condições de biossegurança nos locais de trabalho.■ Especificação e implementação das condições técnicas mínimas para o bom desempenho.■ Serviços de saúde e tratamentos gratuitos e prioritários para todos os profissionais de saúde.

O MI-PNDRHS terá também que monitorizar a abordagem de temas complexos, com os relacionados com novas carreiras, salários e incentivos. Obrigatoriamente acompanhará a evolução dos indicadores para as metas definidas.

O MI-PNDRHS tem portanto que desenvolver e implementar mecanismos para a sua monitorização e avaliação. Deverá, ainda, ser capaz de fazer inferências sobre um maior acesso ou não às competências prioritárias, sobre o grau de cobertura e sobre o impacto na produção.

k) Incentivos à implementação (associado à actividade 2)

O MI-PNDRHS deve ficar responsável por formalizar um pacote de incentivos a atribuir aos decisores nacionais e provinciais, pela consecução de actividades contempladas no plano. Estes ficarão na responsabilidade directa do MI-PNDRHS, que os administrará directamente.

Estas actividades, os recursos disponíveis, o calendário de execução, os indicadores de avaliação e os incentivos a pagar, e a quem, pela sua consecução, serão objecto de um processo de contratualização entre a autoridade nacional ou regional e o MI-PNDRHS.

l) Planeamento integrado e semi-aberto

O planeamento no sector da saúde é de uma extraordinária complexidade, não só devido aos múltiplos actores intervenientes, tanto públicos como privados, mas também pela multiplicidade de planos que emergem sob o controlo de um mesmo actor e ainda pela evolução da base evidencial que fundamentou as decisões nos diversos planos.

Este plano não pode ser visto como um plano imutável durante o seu período de vigência. Devem ser estabelecidos, pelo MI-PNDRHS, mecanismos que permitam a sua adaptação a novos planos que vão sendo elaborados, a novas informações que vão sendo conhecidas, a resultados que vão evoluindo

mais ou menos rapidamente que o esperado, a recursos que não são mobilizados de acordo com as expectativas, etc.

ACTIVIDADES E RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

VERTENTE ESTRATÉGICA I – REFORÇO DA GOVERNAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DO PESSOAL DE SAÚDE

Pacotes de actividades previstas	Activi- -dade	Respon- -sável	AT	Ano de execução							
				8	09	10	11	12	13	14	15
Capacitar a DRHO com recursos e competências necessárias à consecução destas orientações estratégicas	1a	C Neves									
	1b	C Neves									
	1c	C Neves									
Implementar e fazer funcionar uma estrutura de coordenação da estratégia de RHS como parte integrante do PNDS	2	A Paulo Silva									
Propor, adoptar e implementar um sistema de gestão e administração de RHS	3a	Orlando Lopes									
	3b	F Pina									
Definir, legislar e adoptar uma classificação de profissões de saúde e das respectivas carreiras	4	F Pina	sim								
Adoptar e implementar uma nova pirâmide profissional para o SNS	5	Q Nhaga	sim								
Desenhar, desenvolver, implementar e actualizar o SIP	6	C Neves									

1a – identificar os recursos necessários

1b – identificar as competências necessárias

1c – identificar mecanismos de colmatar o desfasamento entre as necessidades e a realidade observada

2 – Pré-requisito – definir primeiro como será gerido o PNDS II. Integrar dentro desta proposta de gestão do PNDSII, a gestão estratégica do PNDRHS II.

3a – Pôr à discussão uma proposta para gestão e administração dos RHS nos órgãos centrais (MINSAP, hospital central, hospitais de referência, DRA, hospitais regionais e centros de saúde): é preciso preparar a proposta, definir mecanismos de discussão da proposta, por a proposta a discussão e garantir a aprovação depois de discutida.

3b – Implementação de acordo com o definido em 3a.

4.- A definição das profissões deve ser articulada com uma classificação nacional das profissões, em articulação com o Instituto Nacional de Estatística. Os carreiras deverão ser revistas de pois de definidas as profissões.

5 – A estrutura profissional do SNS tem que ter em conta não só as profissões existentes, mas também as infraestruturas de saúde e os quadros da estratégia avançada. Passa pela definição de quadros de pessoa, nacionais, regionais e institucionais.

6 – é preciso especificar num manual do SIP os objectivos, as variáveis a incluir numa base de dados e a base de dados. O tipo de acesso aos dados, a utilização que será feitos dos dados, por quem, com que frequência. Garantir a construção da base de dados, sistemas de segurança e actualização constante. Integração institucional e manutenção dos SIP. Integração com outros SI.

VERTENTE ESTRATÉGICA II – REFORÇO DOS VALORES DE REFERÊNCIA

Pacotes de actividades previstas	Actividades	Responsável	AT	Ano de execução										
				08	09	10	11	12	13	14	15			
Conduzir uma reflexão sobre os valores a incluir no PNDS II	7	Está executado												
Instalar uma Ordem das Profissões de Saúde	8	Perde actualidade perante o novo dinamismo da ordem dos médicos												
Capacitar o Ministério da Saúde Pública para o exercício da sua função reguladora e controladora do sistema de saúde	9	Orlando Lopes, em articulação com 3	sim											
Apoio a uma cidadania informada	10	Ernesto ... e adjuntos dos directores regionais												
Socialização em IF conducente a comportamentos orientados pelos valores orientadores	11	Q Nhaga, Abudulai Biai e Ângela Pereira	sim											

11 – prevê-se assistência técnica de Cuba para a Faculdade de Medicina, da Fiocruz para a Escola Nacional de Saúde.

VERTENTE ESTRATÉGICA III – MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E MOTIVAÇÃO DO PESSOAL

Pacotes de actividades previstas	Actividades	Responsável	AT	Ano de execução										
				08	09	10	11	12	13	14	15			
Rever e garantir os salários, subsídios e incentivos	12	F Pina												
Garantir condições de biossegurança aos trabalhadores da saúde	13	F Aleluia	sim											
Definir e garantir condições técnicas mínimas para o funcionamento das instituições (incluindo formação contínua)	14	F Aleluia	sim											

13 – com assistência técnica do IHMT, Giuliano Russo, para custear esta acção ao longo dos anos de vigência do PNRHS II.

VERTENTE ESTRATÉGICA IV – REFORÇO DA CAPACIDADE DE FORMAÇÃO

Pacotes de actividades previstas	Activi- dades	Respon- sável	AT	Ano de execução								
				8	09	10	11	12	13	14	15	
Apoio à faculdade de medicina	15	Abudulai Biai	Sim (Cuba)									
Melhorar as condições da Escola Nacional de Saúde	16	Ângela Pereira	Sim - Fiocruz e IHMT									
Desenvolver e implementar um programa de formação para gestores do SNS	17	Q Nhaga	sim									

16 – Fiocruz apoia componente pedagógica; IHMT estima necessidades de produção pela ENS para satisfazer as necessidades do PNRHS (José Martins) e estima os custos de formação e funcionamento (Giuliano Russo).