



# PLANO ESTRATÉGICO DO PESSOAL DA SAÚDE

2020–2030

Investindo no Desenvolvimento de Competências e na Criação de Empregos Para a Área da Saúde



## SADC Plano Estratégico do Pessoal da Saúde 2020–2030

### Secretariado da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC)

Plot 54385 CBD Square

Private/Bag 0095

Gaborone, Botswana

Tel: +267 395 1863

Email: [registry@sadc.int](mailto:registry@sadc.int)

Website: [www.sadc.int](http://www.sadc.int)

©SADC 2021

As informações contidas nesta relatório podem ser reproduzidas, utilizadas e partilhadas com pleno conhecimento.

**Citação: SADC, SADC Plano Estratégico do Pessoal da Saúde 2020–2030, Gaborone, Botswana, 2021**

### Sobre a SADC

A Comunidade de Desenvolvimento da África Austral é uma organização fundada e apoiada por países da África Austral que visa promover a cooperação socioeconómica, política e de segurança a nível dos seus membros e fomentar a integração regional, a fim de alcançar a paz, a estabilidade e a riqueza. Os Estados-Membros são: Angola, Botswana, União das Comores, República Democrática do Congo, Eswatini, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Maurícias, Moçambique, Namíbia, Seychelles, África do Sul, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué.





# PLANO ESTRATÉGICO DO PESSOAL DA SAÚDE

2020–2030

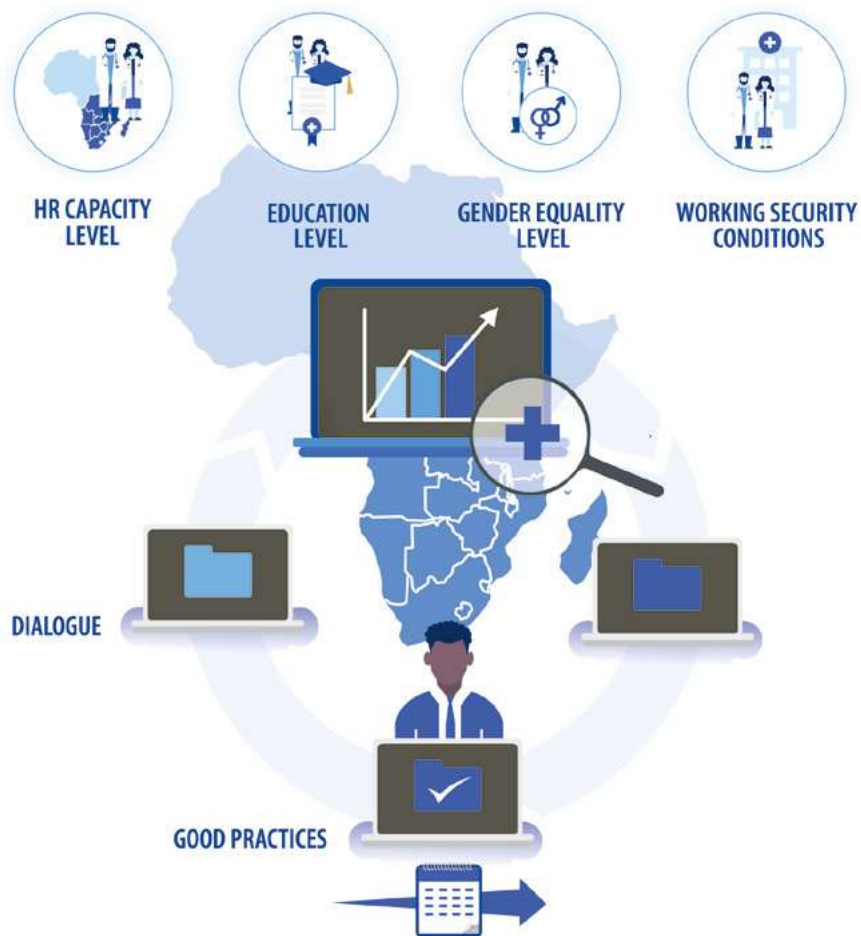
Investindo no Desenvolvimento de Competências e na Criação de Empregos Para a Área da Saúde

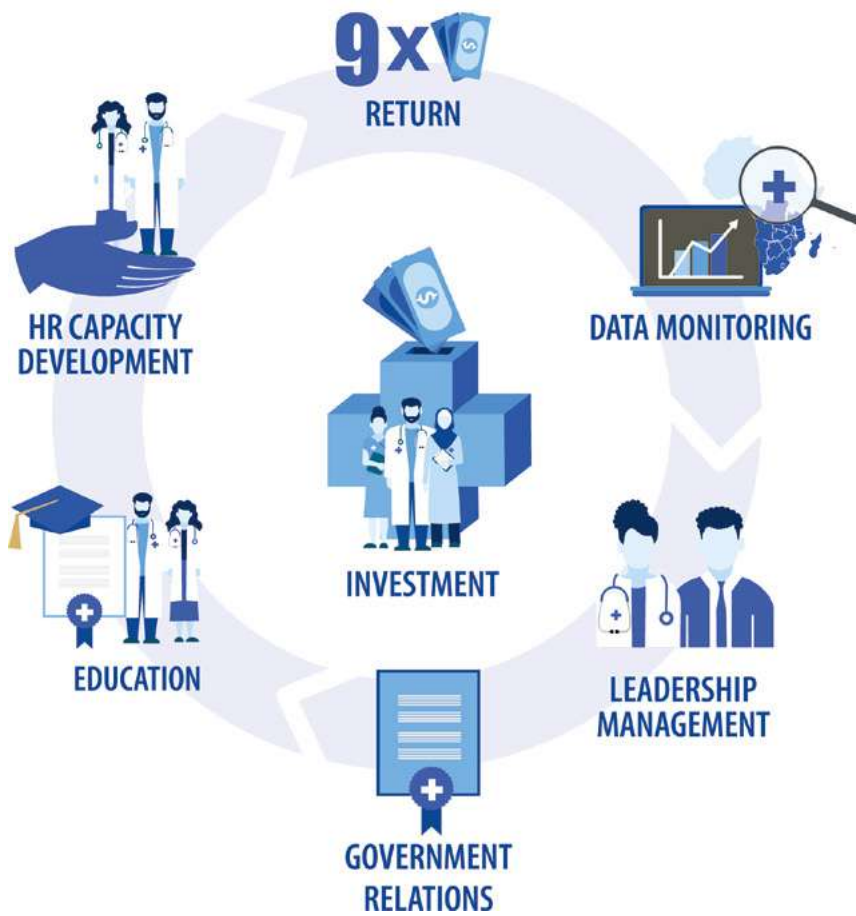
Novembro de 2020





# SOUTHERN AFRICAN DEVELOPMENT COMMUNITY TOWARDS A COMMON FUTURE





# ÍNDICE

ÍNDICE.....	vi
SIGLAS E ACRÓNIMOS .....	viii
LISTA DE TABELAS.....	x
LISTA DE FIGURAS .....	xi
AGRADECIMENTOS .....	xii
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	xiii
<b>CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1 Contextualização.....	2
1.3 Recomendações da Comissão de Alto Nível das Nações Unidas sobre Emprego na área da Saúde e Crescimento Económico (HEEG) e o Contexto da SADC .....	4
1.4 Metodologia da Elaboração do Plano Estratégico do pessoal da Saúde .....	7
<b>CAPÍTULO 2: ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....</b>	<b>8</b>
2.1 População e Contexto Socioeconómico .....	9
2.1.1 População .....	9
2.2 Contexto Socioeconómico .....	9
2.3 Economia da Pandemia de COVID-19 na Região da SADC.....	11
2.4 Visão Geral da situação de Saúde e dos Sistemas de Saúde.....	12
2.5 Situação do Pessoal de Saúde nos Estados Membros da SADC .....	14
2.5.1 Levantamento do pessoal de Saúde na Região da SADC .....	15
2.5.2 Necessidades e Défice de Pessoal da Saúde .....	19
2.5.3 Liderança, Governação e Políticas do Pessoal da Saúde.....	20
2.5.4 Esforços na Educação e Formação .....	21
2.5.5 Absorção, Distribuição e Retenção .....	22
2.5.6 Gestão dos Recursos Humanos .....	23
2.5.7 Género .....	24
2.5.7 Acreditação e Regulamentação .....	24
2.5.8 Monitorização, Avaliação e Sistemas de Informação .....	25
2.5.9 O Impacto da Pandemia da COVID-19 no Pessoal de Saúde .....	25
2.6 Quadro do Potencial de Recursos Humanos no sector da Saúde da SADC.....	27
<b>CAPÍTULO 3: ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS SOBRE O PESSOAL DA SAÚDE NA REGIÃO DA SADC.....</b>	<b>30</b>
3.1 Introdução.....	31
3.2 Teoria da Mudança.....	31
3.3 Intervenções e Orientações Estratégicas.....	33



3.3.1 Orientação Estratégica (OE) 1: Investimento na mão-de-obra da saúde Emprego.....	33
3.3.2 Orientação Estratégica (OE) 2: Harmonização da Educação, Formação e Desenvolvimento.....	34
3.3.3 Orientação estratégica (OE) 3: Desenvolver e adoptar as melhores práticas em Liderança e Gestão Estratégica da RHS.....	35
3.3.4 Orientação Estratégica (OE) 4: Reforço da Governação e Regulamentação do Pessoal no sector da Saúde.....	36
3.3.5 Orientação Estratégica (OE) 5: Desenvolver Sistemas Fiáveis de geração de dados, Monitorização e Avaliação.....	37
<b>CAPÍTULO 4: MODALIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO.....</b>	<b>38</b>
4.1 Mecanismo de Implementação.....	39
4.3 Papel do Secretariado da SADC.....	40
4.4 Plano de implementação.....	41
<b>CAPÍTULO 5: CÁLCULO DOS CUSTOS DO PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO E DO PROCESSO DE INVESTIMENTO.....</b>	<b>49</b>
5.1 Metodologia de cálculo dos custos do plano de Implementação.....	50
5.2 Limitação de Custos.....	51
5.3 Custo estimado da operação do Plano Estratégico.....	52
5.4 Potencial de espaço financeiro para investimentos do pessoal no sector da saúde na região da SADC.....	55
5.5 Investimento no pessoal da Saúde na região da SADC.....	57
<b>CAPÍTULO 6: MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO.....</b>	<b>61</b>
6.1 Introdução.....	62
6.2 Monitorização.....	62
6.3 Avaliação.....	62
6.4 Mecanismo de colaboração e prestação de contas.....	62
6.5 Indicadores chave de Desempenho e Metas.....	63
6.6 Visão geral dos Potenciais Riscos e Medidas de Mitigação.....	66
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>69</b>
Anexo 1: Análise Da Viabilidade Económica.....	69
Anexo 2: Custo estimado da implementação do Plano Estratégico por tipo de necessidades de recursos a nível nacional.....	73
Anexo 3: Ferramenta Quadro de Relatórios dos Estados Membros para o Secretariado da SADC.....	75



# SIGLAS E ACRÓNIMOS

<b>AFRO</b>	Escritório Regional para a África
<b>CCP</b>	Código de Práticas da Commonwealth
<b>COVID-19</b>	Doença do Coronavírus
<b>CR</b>	Comité Regional
<b>CUS</b>	Cobertura Universal de Saúde
<b>DPC</b>	Desenvolvimento Profissional Contínuo
<b>ELS</b>	Emprego e Trabalho e Parceiros Sociais
<b>FBO</b>	Organização Religiosa
<b>GGHE</b>	Despesas Públicas Gerais na Área da Saúde
<b>GHED</b>	Base de Dados Global Sobre Despesas com a Saúde
<b>GSHRH</b>	Estratégia Global Sobre Recursos Humanos Para a Saúde
<b>GTT</b>	Grupo de Trabalho Técnico
<b>HEEG</b>	Comissão de Alto Nível das Nações Unidas sobre Emprego na Área da Saúde e Crescimento Económico
<b>HesDA</b>	Desenvolvimento e Análise dos Serviços de Saúde
<b>HMIS</b>	Sistemas de Informação de Gestão da Saúde
<b>HO</b>	Profissão da Área da Saúde
<b>HRIS</b>	Sistemas de Informação sobre Recursos Humanos
<b>HWSC</b>	Carta de Segurança dos Trabalhadores da Saúde
<b>ICD</b>	Indicador Chave de Desempenho
<b>IDM</b>	Indicadores do Desenvolvimento Mundial
<b>IPC</b>	Índice de Preços no Consumidor
<b>M&amp;A</b>	Monitorização e Avaliação
<b>NHO</b>	Profissão Não Ligada à Área da Saúde





<b>NHWA</b>	Conta Nacional Relativa aos Recursos Humanos para a Saúde
<b>OCDE</b>	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económicos
<b>OCS</b>	Organização da Sociedade Civil
<b>ODS</b>	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>OE</b>	Orientação Estratégica
<b>OIT</b>	Organização Internacional do Trabalho
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre o HIV/SIDA
<b>PHC</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PMA</b>	Programa Mundial da Alimentação
<b>RDC</b>	República Democrática do Congo
<b>RH</b>	Recursos Humanos
<b>RHS</b>	Recursos Humanos para a Saúde
<b>SADC</b>	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
<b>SST</b>	Segurança e Saúde no Trabalho
<b>TIC</b>	Tecnologias da Informação e Comunicação
<b>UA</b>	União Africana
<b>UEMOA</b>	Estados Membros da União Económica e Monetária da África Ocidental
<b>USD</b>	Dólar americano
<b>WEO</b>	Perspectivas Económicas Mundiais
<b>WISN</b>	Indicadores de Carga de Trabalho Ligados à Necessidade de Pessoal



# LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Produto Interno Bruto da SADC aos actuais preços do mercado (milhões de USD), 2008–2018 .....	10
<b>Tabela 2:</b> Desemprego nos Jovens (% 15–24 anos) (%) na SADC, 2008–2017 .....	11
<b>Tabela 3:</b> Esperança de Vida na Região da SADC.....	12
<b>Tabela 4:</b> Rácio de mortalidade materna (mortes por 100,000 nados vivos) in SADC, 2010–2015 .....	13
<b>Tabela 5:</b> Levantamento seleccionado do Pessoal de Saúde e sua Densidade na SADC: 2018 – a.....	16
<b>Tabela 6:</b> Levantamento seleccionado do Pessoal de Saúde e sua Densidade na SADC: 2018 – b.....	17
<b>Tabela 7:</b> Levantamento seleccionado do Pessoal de Saúde e sua Densidade na SADC: 2018 – c.....	18
<b>Tabela 8:</b> Necessidades e Défice de Médicos, Enfermeiros e Parteiras na SADC.....	19
<b>Tabela 9:</b> Principais Acções para a Implementação do Mecanismo de Recrutamento .....	48
<b>Tabela 10:</b> Estimativa do Custo da Implementação do Plano Estratégico .....	53
<b>Tabela 11:</b> Estimativa do espaço financeiro e da viabilidade económica - Região SADC (milhões de dólares americanos).....	57
<b>Tabela 12:</b> Plano de Monitorização e Avaliação.....	64
<b>Tabela 13:</b> Resumo dos principais riscos e medidas de Mitigação.....	66



# LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Distribuição da População da SADC, 2018 .....	9
<b>Figura 2:</b> Taxa de Crescimento do PIB na Região da SADC .....	10
<b>Figura 3:</b> Índice de Cobertura dos Serviços de Saúde na SADC .....	14
<b>Figura 4:</b> Níveis de Infecção do pessoal da Saúde pela COVID-19 na região da SADC .....	26
<b>Figura 5:</b> Teoria da Mudança .....	32
<b>Figura 6:</b> Percurso da saúde para o crescimento económico .....	58
<b>Figura 7:</b> Rácio de trabalhadores de Ocupação Não-Sanitária (ONS) para trabalhadores de Ocupação Sanitária (OS), por grupo de rendimento, 2015 .....	59
<b>Figura 8:</b> Análise da viabilidade económica – Botsuana .....	69
<b>Figura 9:</b> Análise da viabilidade económica – Comores .....	69
<b>Figura 10:</b> Análise de viabilidade económica – Eswatini .....	70
<b>Figura 11:</b> Análise de viabilidade económica – Lesoto .....	70
<b>Figura 12:</b> Análise de viabilidade económica – Malawi .....	71
<b>Figura 13:</b> Análise de viabilidade económica – Namíbia .....	71
<b>Figura 14:</b> Análise de viabilidade económica – Seychelles .....	72
<b>Figura 15:</b> Análise de viabilidade económica – Zimbabué .....	72



# AGRADECIMENTOS

A elaboração do presente Plano Estratégico do pessoal da Saúde da SADC 2020-2030 resulta da colaboração dos Estados Membros da SADC sob os auspícios do Secretariado da SADC, com o apoio do Escritório Nacional da OMS do Botswana, da Região Africana da OMS, da OIT e com a generosa contribuição financeira do Fundo Fiduciário Multi-Parceiros para a Saúde do Programa Working for Health conjuntamente patrocinado pela OIT-OCDE-OMS. A supervisão do Dr. Willy Amisi foi fundamental para garantir que este trabalho tomasse como base o contexto das prioridades actuais e futuras dos profissionais da saúde dos Estados Membros da SADC. A contribuição e o envolvimento do Fórum Consultivo para os Recursos Humanos do Sector da Saúde constituído por representantes dos Estados Membros da SADC, bem como a realização de um Seminário Técnico Tripartido da região da SADC patrocinado pela OIT, foram inestimáveis para o processo e são dignas de apreço. Expressamos profunda gratidão à Dra. Josephine Namboze, representante da OMS para o Botswana, pela sua liderança e coordenação. A orientação técnica e as contribuições dos senhores Paul Marsden e James Avoka Atamani, da Dra Juliet Bataringaya e do Dr. Madidimalo Tebogo, bem como o apoio administrativo providenciado pelo Sr. Joel Motswagole, da OMS, são dignos de apreço. Os agradecimentos estendem-se também à equipa da OIT, constituída nomeadamente pelos senhores Christiane Wiskow, Simphiwe Mabhele, Siphon Ndlovu e pela Dra Maren Hopfe, bem como aos consultores, a saber, a Sra Maritza Titus, o Dr. Percy Mahlathi e o Sr. James Nyamosi.



# SUMÁRIO EXECUTIVO

Durante a última década, os Estados Membros da SADC registaram avanços significativos rumo ao alcance dos seus indicadores-chave na área da Saúde. No entanto, o maior desafio para garantir o acesso equitativo a todos aos cuidados de saúde é a persistente escassez e falta de disponibilidade de trabalhadores especializados em cuidados de saúde e assistência social em toda a Região, bem como a utilização e eficiência abaixo do ideal da força de trabalho existente. Estima-se que a população total dos Estados membros da SADC de 345.2 milhões em 2018 esteja a crescer a uma taxa média de 2.5% por ano, exercendo uma pressão suplementar aos sistemas de saúde. Ademais, poucas pessoas são atraídas pelas profissões da saúde e da assistência social devido aos baixos salários, às longas horas de trabalho, à violência, ao assédio no local de trabalho e aos riscos para a segurança e saúde no trabalho. O acesso ao emprego constitui um outro desafio assinalável: alguns Estados Membros apontam desafios que se referem aos orçamentos disponíveis e às dificuldades que os governos enfrentam para empregar e absorver mais trabalhadores da saúde (em particular os recém-licenciados), tão necessários para colmatar as lacunas já existentes em matéria de mão-de-obra. Uma nova dinâmica introduzida pela pandemia de coronavírus (COVID-19) é o seu impacto devastador na saúde e na economia, sendo os países de rendimento médio baixo (PRMB) e os que conhecem situações de fragilidade, conflitos e violência (FCV), os mais afectados. Esta situação tornou ainda mais premente a necessidade de os países desenvolverem sistemas de saúde robustos, reforçarem as capacidades de cuidados de saúde primários e reforçarem as capacidades de resposta e preparação da saúde pública. A saúde, a segurança e a protecção da mão-de-obra no local de trabalho, especialmente das pessoas directamente expostas a ambientes trabalho de alto risco, têm sido alvo de uma atenção especial, uma vez que os sistemas de saúde foram globalmente afectados por elevados índices de infecção e de morte de profissionais da saúde e da assistência social.

A pandemia de COVID-19 é motivo de preocupação para a região da SADC, embora o seu impacto não tenha sido totalmente avaliado. Tendo em conta que o número de casos e de mortes provocados pela COVID-19 na região da África da OMS continua a registar uma tendência descendente, a SADC deve tomar em consideração os seus efeitos a longo prazo. Os profissionais da saúde é que enfrentam riscos substancialmente maiores devido à excessiva exposição à COVID-19. Isto tem também um impacto psicossocial importante nos trabalhadores da saúde como indivíduos, uma vez que o medo de levar a doença para as suas famílias é real.

A Comissão de Alto Nível das Nações Unidas sobre Emprego na Área da Saúde e Crescimento Económico salienta a importância do sector da saúde em proporcionar oportunidades crescentes de emprego e de economia, em particular através do empoderamento das mulheres e dos jovens, dotando-lhes de competências, emprego e participação económica. A capacidade de formação existente na região da SADC poderia atingir potencialmente quase 66% das necessidades em termos agregados; todavia, dadas as tendências predominantes de baixo investimento nos recursos humanos do sector da saúde (RHS), os baixos orçamentos e a contenção de custos em toda a Região, apenas cerca de 33% dos postos necessários serão provavelmente financiados até 2030.



O eterno desafio é que as lacunas em termos de profissionais da saúde em toda a Região são geralmente determinadas com base nos estabelecimentos de pessoal existentes e/ou nos postos financiados. Estas abordagens de planificação da mão-de-obra deturpam o verdadeiro cenário nos Estados Membros da SADC quando confrontado com as suas projecções baseadas em necessidades, que visam proporcionar uma Cobertura universal de saúde (CUS) e atingir as suas metas dos ODS para 2030. A presente Estratégia apresenta uma prática em que a sua aplicação serve de mecanismo para desafiar as opiniões obsoletas sobre as lacunas em termos de profissionais da saúde, determinar a procura e o investimento necessários e indicar como os governos podem desbloquear recursos internos e outros adicionais. Esta situação requer uma resposta regional e uma estratégia abrangente para enfrentar os principais desafios que afectam os recursos humanos em toda a região da SADC.

Os principais objectivos da SADC incluem a materialização do desenvolvimento e crescimento económico e a melhoria dos padrões e da qualidade de vida dos povos da África Austral. Tal desiderato prevê acções a desenvolver através da integração regional e da harmonização das abordagens de desenvolvimento. Para o alcance destes objectivos no sector da saúde, é necessária uma liderança estratégica que faça um enquadramento multisectorial para criar e utilizar planos abrangentes com vista a favorecer a planificação, o desenvolvimento e a gestão eficazes dos profissionais da saúde. No entanto, sem dados correctos e actualizados sobre políticas, planificação e gestão de recursos humanos, será difícil atingir um desenvolvimento efectivo na Região. O acima exposto realça a necessidade de um Plano Estratégico Regional sobre Profissionais da Saúde.

No processo de elaboração deste Plano estratégico, ocorreram dois importantes acontecimentos em Joanesburgo, África do Sul: (i) foram realizadas consultas técnicas sobre recursos humanos do sector da Saúde da SADC de 26 a 29 de Agosto de 2019 e (ii) o Seminário técnico tripartido da região da SADC organizado pela OIT de 10 a 12 de Setembro de 2019. Ambos os acontecimentos tiveram uma participação importante, em que os Estados Membros estiveram representados ao mais alto nível por quadros das Direcções de RHS dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e pelos representantes de empregadores e de trabalhadores, que convergiram sobre a necessidade de levar a cabo as seguintes acções: harmonizar a Estratégia sobre Recursos humanos do sector da Saúde da SADC com o Quadro Estratégico para o Emprego e Trabalho da SADC (2020-2030); reforçar a colaboração e o diálogo social entre todas as partes interessadas relevantes a nível nacional e regional; reforçar os mecanismos de coordenação entre governos, trabalhadores, empregadores e outras partes interessadas relevantes para promover o trabalho decente no sector da Saúde; e garantir a elaboração de um plano estratégico que oriente e complemente as políticas e os planos estratégicos de cada Estado Membro relativos aos profissionais da Saúde.

O Plano Estratégico do pessoal da Saúde da SADC 2020-2030 apresenta cinco (5) orientações estratégicas baseadas em elementos concretos destinadas a nortear a política, a planificação e a implementação de tudo o que se refere aos profissionais da Saúde dos Estados Membros:

1. Investir no Emprego e no Trabalho Decente para Trabalhadores da Saúde;
2. Harmonizar a Educação, a Formação e o Desenvolvimento;
3. Estabelecer Melhores Práticas de Liderança e Gestão Estratégica dos RHS;
4. Melhorar a Governação e Regulamentação dos Profissionais da Saúde;
5. Desenvolver e Usar Sistemas Fiáveis de Monitorização e Avaliação de Dados.

As realizações projectadas a seguir constituem as principais etapas que devem ser alcançadas tanto pelo Secretariado da SADC como pelos Estados Membros durante o período coberto pelo Plano:



## ETAPAS PARA 2021–2025

### OE 1: Investimento, Emprego e Trabalho Decente

- 1.2 Até 2023, os Estados Membros iniciarão o alargamento do espaço orçamental em pelo menos 40%, a fim de favorecer o aumento do investimento em trabalhadores especializados na área da Saúde.
- 1.3 Até 2023, os Estados Membros estarão a proteger continuamente os trabalhadores da Saúde dos perigos e riscos profissionais.
- 1.4 Até 2023, os Estados Membros irão melhorar continuamente as condições de trabalho e a remuneração dos trabalhadores da Saúde.
- 1.5 Até 2025, os Estados Membros terão desenvolvido e implementado estratégias de integração da igualdade de género na melhoria das condições de trabalho no sector da saúde e da remuneração dos trabalhadores da saúde.

### OE 2: Educação, Formação e Desenvolvimento

- 2.4 Até 2025, os centros de formação regionais de excelência terão sido indicados.
- 2.5 Até 2025, o Secretariado da SADC terá lançado o Mecanismo de desenvolvimento dos profissionais da saúde.

### OE 3: Liderança e Gestão

- 3.1 Até 2023, os Estados Membros irão promover a integração das questões relativas aos profissionais da Saúde em todas as políticas e intervenções ligadas à Saúde.
- 3.3 Até 2024, a SADC terá estabelecido um mecanismo de apoio entre pares e um mecanismo de prestação de contas.

### OE 4: Governação e Regulação

- 4.1 Até 2021, os Estados Membros irão impor o cumprimento das normas profissionais e a salvaguarda da segurança pública.

### OE 5: Dados, Monitorização e Avaliação

- 5.1 Até 2021, os Estados Membros terão Sistemas de Informação sobre Recursos Humanos (HRIS) aptos para gerar informações para acompanhar o ciclo de vida dos profissionais da saúde de ponta a ponta (produção – acção activa – saída).
- 5.2 Até 2023, os Estados Membros terão um registo dos profissionais da saúde para acompanhar os números existentes, a distribuição, os fluxos, as saídas, a procura e a oferta de profissionais da saúde.
- 5.3 Até 2021, os Estados Membros terão melhorado o diálogo multisectorial para uma melhor gestão dos profissionais da Saúde.
- 5.4 Até 2022, os Estados Membros terão institucionalizado as Contas nacionais relativas aos recursos humanos para a Saúde (NHWA) e estarão a produzir relatórios anuais.

## ETAPAS PARA 2026–2030

### OE 1: Investimento, Emprego e Trabalho Decente

- 1.1 Até 2030, os Estados Membros terão melhorado a densidade de trabalhadores da saúde, passando do actual rácio médio da SADC de 1,02 para 4,45 por 1.000 habitantes.

### OE 2: Educação, Formação e Desenvolvimento

- 2.1 Até 2026, os Estados Membros terão as componentes formação e desenvolvimento harmonizadas.
- 2.2 Até 2027, os Estados Membros estarão a realizar formações especializadas viradas para profissões da área da Saúde, de acordo com as necessidades actuais e emergentes das populações em termos de saúde.
- 2.3 Até 2027, os Estados Membros terão políticas de promoção do acesso às oportunidades de educação para a saúde, com base nos princípios de igualdade e acessibilidade, devendo-se incluir os jovens e as mulheres.

### OE 3: Liderança e Gestão

- 3.2 Até 2026, os Estados Membros terão reforçado as suas capacidades de análise do mercado de trabalho na área da saúde e de planificação, desenvolvimento e gestão de RHS.
- 3.4 Até 2027, os Estados Membros terão institucionalizado mecanismos de diálogo social entre os governos, os trabalhadores, os empregadores e outras partes interessadas relevantes.

### OE 4: Governação e Regulação

- 4.2 Até 2027, o Secretariado da SADC terá desenvolvido um quadro com critérios de conformidade rigorosos para o reconhecimento mútuo e recíproco das formações e qualificações nas profissões da Saúde.
- 4.3 Até 2026, os Estados Membros promoverão programas de intercâmbio entre eles, em particular no que se refere à transferência de competências.
- 4.4 Até 2026, os Estados Membros terão criado parcerias/colaborações multisectoriais (PPP) a fim de facilitar a partilha de recursos humanos do sector da Saúde.

### OE 5: Dados, Monitorização e Avaliação

- 5.5 Até 2026, os Estados Membros terão indicadores de segurança integrada para os trabalhadores da saúde, com um sistema de informação sobre a Saúde.



O custo total estimado da implementação do Plano estratégico é de aproximadamente **15,7 milhões de USD** durante um período de 10 anos. Deste montante, cerca de 35% (5.6 milhões de USD) seriam necessários tanto no Secretariado da SADC como nos Estados Membros para gerar evidências práticas, facilitar o diálogo político e mobilizar recursos para aumentar substancialmente os investimentos necessários para alargar o leque de empregos para o pessoal da Saúde em aproximadamente 40% durante o período de 10 anos (orientação estratégica 1). Este custo exclui, no entanto, o custo da formação e da remuneração dos trabalhadores da saúde nos Estados Membros; recomenda-se veementemente uma análise específica em cada país como parte do desenvolvimento de cenários de investimento a nível dos Estados Membros.

Prevê-se que, em alguns casos, possam ser necessários aconselhamentos em matéria de políticas multisectoriais e uma orientação técnica durante a elaboração das políticas e estratégias nacionais relativas ao pessoal da Saúde nos Estados Membros – devendo-se em particular privilegiar a adopção de planos de investimento para a criação de empregos e promoção do trabalho decente, nomeadamente através dos seus programas nacionais de trabalho decente e dos programas regionais de trabalho decente, com base nas abordagens e estratégias multisectoriais de colaboração destinadas a expandir e transformar os profissionais dos cuidados de saúde e da assistência social, orientadas pelo programa Working for Health da OIT-OCDE-OMS e pelo seu Plano de acção quinquenal sobre Emprego e crescimento na área da Saúde: 2017-2021.





# CAPÍTULO 01



# INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização

A Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) adoptou um Protocolo sobre a Saúde em 1999, que se seguiu ao Quadro de Política da Saúde da SADC em 1998, estabelecendo um quadro “para alcançar um padrão aceitável de saúde para todos os cidadãos, promovendo, coordenando e apoiando os esforços individuais e colectivos dos Estados Membros” (SADC, 1999). O Protocolo baseia-se nos seguintes princípios:

- Igualdade dos Estados Membros.
- Coordenação, partilha e apoio.
- Saúde para todos através dos cuidados de saúde primários (PHC).
- Cuidados de saúde para todos através de um melhor acesso.
- Promoção da equidade para o gozo de uma saúde melhor.

Vários esforços guiados pelos princípios consagrados no Protocolo proporcionaram um enorme impulso na aceleração dos avanços rumo à consecução das principais metas da Saúde, em conjunto com os esforços globais empreendidos durante a era dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) (*International Council for Local Environmental Initiatives*, 2015). Os esforços continuam a manter a dinâmica dos avanços em todos os Estados Membros da SADC. Por exemplo, a esperança de vida saudável melhorou, passando de uma média de 52 anos em 2008 para 60 anos em 2018 em todos os Estados Membros da SADC (SADC, 2018). Por outro lado, os dados das estatísticas globais sobre HIV/SIDA da ONUSIDA mostram que o número de novas infecções pelo HIV diminuiu, passando de uma média de 1.202.759 em 2008 para 820.689 em 2018 (UNAIDS, 2019).

Estes ganhos, entre outros benefícios obtidos nos indicadores sobre o estado de saúde, proporcionaram optimismo e impulso para a consecução das metas relativas à saúde dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que foram adoptados pelos Estados Membros das Nações Unidas em 2015 (UNDP, 2016).

Na senda do processo de operacionalização dos aspectos do Protocolo da SADC sobre a Saúde (SADC, 1999), a SADC elaborou um Plano Estratégico de Recursos Humanos (2007–2019) em 2006, tendo como objectivo final “garantir uma formação, recrutamento e retenção adequados dos recursos humanos necessários para a Saúde na Região até 2019”. O Plano Estratégico orienta a complementação das políticas e dos planos estratégicos de cada Estado Membro sobre trabalhadores da área da Saúde e promove uma estreita cooperação e colaboração tendentes a reforçar as capacidades de concepção e de implementação de programas de Saúde que respondam às dinâmicas e às necessidades em constante evolução das populações em matéria de saúde.



Tendo o horizonte da Estratégia da SADC sobre Recursos humanos do sector da Saúde (2007–2019) terminado em 2019, e à luz dos desenvolvimentos globais, que incluem a Estratégia Global da OMS sobre Recursos Humanos para a Saúde e a Comissão de Alto nível das Nações Unidas sobre Emprego na área da Saúde e crescimento económico (HEEG) (World Health Organisation, 2016a), tornou-se necessário fazer uma revisão do Plano Estratégico de Recursos Humanos para a Saúde da SADC (RHS). Na reunião dos Ministros da Saúde da SADC realizada em Março de 2018, foi aprovada a revitalização do Comité Técnico de Recursos Humanos para a Saúde da SADC, o qual foi encarregado de liderar o processo de elaboração da Estratégia de Recursos Humanos para a Saúde da região da SADC, com base na actual situação de RHS e tendo em conta as recomendações da Comissão HEEG. Este documento é resultado de uma consulta e diálogo abrangentes com os parceiros técnicos e sociais dos Estados Membros da SADC e da análise de evidências concretas relevantes relacionadas com profissionais da saúde.

## 1.2 Contexto Global e Regional dos Profissionais da Saúde

Na Declaração de Astana sobre Cuidados de Saúde Primários, os Líderes mundiais apelam aos países para que incrementem esforços no sentido de se alcançar a Cobertura universal de saúde (CUS) e os ODS através de um foco renovado nos cuidados de saúde primários (PHC) (World Health Organisation, 2018). A Declaração centra-se no papel central desempenhado pelos sistemas de saúde aptos e resilientes, sustentados por profissionais da saúde adequados, motivados e distribuídos de forma equitativa. Foi reconhecido que a contribuição dos profissionais da Saúde no alcance dos ODS ultrapassa o alcance da Saúde e do bem-estar (ODS 3), estando intrinsecamente ligada aos ODS 4 (Educação de qualidade), 5 (Igualdade de género) e 8 (Trabalho decente e Crescimento económico).

A Assembleia Mundial da Saúde (WHA) realizada em 2016 adoptou também a Estratégia Global sobre trabalhadores da área de Recursos Humanos para a Saúde 2030 (GSHRH) (World Health Organisation, 2016b) que visa garantir o acesso equitativo a trabalhadores da saúde qualificados, com vista ao alcance da CUS e dos ODS. Os seus objectivos específicos são os seguintes:

- a. Optimizar o desempenho, a qualidade e o impacto dos trabalhadores da Saúde a fim de acelerar os avanços rumo à CUS e aos ODS.
- b. Harmonizar o investimento nos RHS com as necessidades actuais e futuras das populações e dos sistemas de saúde para maximizar a criação de empregos e o crescimento económico.
- c. Reforçar as capacidades das instituições a nível regional e nacional para uma gestão efectiva das políticas públicas, liderança e governação em matéria de RHS.
- d. Fortalecer os dados, as evidências práticas e o conhecimento para decisões políticas economicamente viáveis.

A GSHRH também roga aos países que “desenvolvam capacidades de planificação para elaborar ou melhorar as políticas e as estratégias de RHS que quantifiquem as necessidades, a procura e a oferta de trabalhadores da Saúde em diferentes cenários futuros “... a fim de gerir os mercados de trabalho dos profissionais da Saúde e de conceber políticas eficazes e eficientes que respondam às necessidades actuais das populações, antecipando assim as expectativas vindouras” (p. 25). Assim, os países e organizações regionais tais como a SADC são instados a garantir que os seus planos sejam continuamente actualizados para contemplarem os seguintes elementos:



- a. A estimativa do número, as categorias e qualificações dos profissionais da Saúde necessários para responder às necessidades de saúde pública e da saúde das populações;
- b. A capacidade de formar profissionais da saúde em número suficiente e adequadamente distribuídos (educação e políticas reguladoras eficazes); e
- c. A capacidade do governo e do mercado de trabalho para atrair, recrutar, afectar e reter trabalhadores da Saúde (capacidade económica e orçamental, afectação, remuneração e retenção dos trabalhadores por meio de estratégias financeiras e não financeiras).

A Comissão de Alto nível das Nações Unidas sobre Emprego na área da Saúde e crescimento económico (HEEG) fornece uma grande variedade de elementos concretos sobre investimentos em profissionais da Saúde necessários para satisfazer um défice previsto de 6,1 milhões de pessoas na região de África com base nas necessidades<sup>1</sup>. No contexto da Região Africana, o Comitê Regional (CR) da Organização Mundial da Saúde (OMS) adoptou um roteiro para o aumento das intervenções em relação aos profissionais da Saúde na Região (2012-2025) e também aprovou um quadro regional de implementação da Estratégia Global de RHS em 2018. Estas iniciativas globais e regionais forneceram bases para uma política do pessoal da Saúde fundamentada em evidências práticas e para o investimento no contexto da SADC.

### 1.3 Recomendações da Comissão de Alto Nível das Nações Unidas sobre Emprego na área da Saúde e Crescimento Económico (HEEG) e o Contexto da SADC

O Relatório Comissão de Alto nível das Nações Unidas sobre Emprego na área da Saúde e Crescimento Económico (HEEG) mostrou que o investimento nos profissionais da Saúde rendeu um retorno do investimento nove (9) vezes superior (*World Health Organisation, 2016a*). Demonstrou também que, na última década, metade do crescimento económico global resultou de melhorias na área da Saúde, realçando ainda que, para cada ano adicional de esperança de vida, a taxa de crescimento económico aumenta em 4%. Embora este sector seja um importante impulsionador do crescimento económico, estima-se que, a nível global, seriam necessários cerca de 40 milhões de profissionais da saúde, principalmente nos países de rendimento alto médio e de rendimento alto. (Liu, et al., 2017) Prevê-se, no entanto, que o crescimento do emprego venha a concretizar-se, juntamente com um potencial défice de 18 milhões de trabalhadores da saúde, para que a cobertura universal da saúde seja alcançada e sustentada até 2030 (*World Health Organisation, 2016b*).

À luz destes elementos todos, a Comissão de Alto Nível formulou dez (10) recomendações (ver caixa 1) e propôs a tomada das cinco medidas imediatas a seguir:

1. Incentivar compromissos; fomentar o envolvimento intersectorial e elaborar um plano de implementação;
2. Incentivar veementemente a responsabilização, o compromisso e a defesa de direitos;
3. Privilegiar o uso de dados, a análise e o rastreamento do mercado de trabalho na área da Saúde em todos os países;
4. Acelerar o investimento na educação transformadora, nas competências e na criação de empregos;
5. Estabelecer uma plataforma internacional para a mobilidade dos profissionais da saúde.

<sup>1</sup> Health workforce needs, demand and shortage to 2030, an overview of forecasted trends in the global labour market, Cometto, Scheffler, et al, in 'Health Employment and Economic Growth: an evidence base, Buchan, Dhillon and Campbell, WHO, 2017



## Caixa 1: Recomendações da Comissão de Alto nível das Nações Unidas sobre A HEEG

1. **Criação de Empregos:** Estimular investimentos na criação de empregos decentes no sector da Saúde, em particular para mulheres e jovens dotados das necessárias competências, em números correctos e nos lugares certos.
2. **Género e Direitos da Mulher:** Maximizar a participação económica das mulheres e promover o seu empoderamento através da institucionalização da sua liderança, lutando contra preconceitos de género e desigualdades na educação e no mercado de trabalho na área da Saúde e resolvendo as preocupações relativas ao género nos processos de reforma da Saúde.
3. **Educação, Formação e Competências:** Reforçar a educação transformadora e de elevada qualidade e a formação contínua para que todos os profissionais da Saúde tenham competências que correspondam às necessidades das populações em matéria de saúde e possam trabalhar no seu pleno potencial.
4. **Prestação de Cuidados de Saúde e Organização:** Os modelos de serviços de reforma concentravam-se nos cuidados hospitalares; agora a atenção é dada à prevenção e à prestação eficiente de cuidados primários e ambulatoriais de alta qualidade, acessíveis, integrados e centrados na comunidade e nas pessoas, com particular atenção às áreas pouco cobertas pelos serviços de saúde.
5. **Tecnologia:** Tirar proveito do poder das tecnologias de informação e comunicação economicamente eficazes para melhorar a educação para a saúde, os serviços de saúde centrados nas pessoas e os sistemas de informação para a saúde.
6. **Crises e Ambientes Humanitários:** Assegurar o investimento nas capacidades essenciais do Regulamento Sanitário Internacional, incluindo o desenvolvimento das competências dos trabalhadores nacionais e internacionais da saúde em ambientes humanitários e de emergências de saúde pública, tanto agudas como prolongadas. Assegurar a protecção e a segurança de todos os trabalhadores da saúde e das instalações de saúde em todos os contextos.
7. **Financiamento e Espaço Orçamental:** Mobilizar financiamentos adequados a partir de fontes nacionais e internacionais, públicas e privadas, quando adequado, e considerar a realização duma reforma alargada do financiamento da saúde, onde necessário, para investir nas competências certas, em condições de trabalho decentes e num número adequado de trabalhadores da Saúde.
8. **Parcerias e Cooperação:** Promover a colaboração intersectorial a nível nacional, regional e internacional; envolver a sociedade civil, os sindicatos e outras organizações de trabalhadores da Saúde e o sector privado; e orientar a cooperação internacional com vista a apoiar o investimento nos profissionais da Saúde, no âmbito das estratégias e planos nacionais de saúde e educação.
9. **Migração Internacional:** Promover o reconhecimento internacional das qualificações dos profissionais da Saúde com vista a otimizar a utilização de competências, aumentar os benefícios e reduzir os efeitos negativos da migração de profissionais da Saúde e salvaguardar os direitos dos migrantes.
10. **Dados, Informações e Responsabilização:** Realizar uma investigação e análises sólidas dos mercados de trabalho na área da Saúde, utilizando indicadores e metodologias harmonizados a fim de reforçar as evidências concretas, a responsabilização e a acção.



A fim de acelerar a acção global em relação às recomendações da Comissão HEEG, e sobretudo para evitar o possível défice de 18 milhões de trabalhadores da Saúde até 2030, a OIT, a OCDE e a OMS estabeleceram em conjunto o Programa Working for Health, destinado a apoiar a expansão e a transformação dos profissionais da Saúde e dos serviços sociais, a fim de acelerar os avanços rumo à Cobertura universal de saúde e à segurança global da saúde. Tomando como base as recomendações da Comissão e o Plano de Acção Quinquenal para o Emprego na área da Saúde e Crescimento Inclusivo (2017-2021), o Programa Working for Health coordenará, reforçará e alargará o aconselhamento em termos de políticas, a assistência técnica e o apoio no reforço de capacidades que a OIT, a OCDE e a OMS prestarão aos seus membros e parceiros (World Health Organisation, 2016a).

Em Novembro de 2017, o Ministério da Saúde da África do Sul, na sua qualidade de Presidente da SADC em exercício, tomou a iniciativa de propor à reunião dos Ministros da Saúde da SADC a elaboração de um Plano de Acção da SADC sobre Emprego na área da Saúde e Crescimento Económico. Esta iniciativa inspirou-se numa iniciativa dos Estados Membros da União Económica e Monetária da África Ocidental (UEMOA), que elaboraram um Plano de Acção da UEMOA, que foi aprovado por uma reunião interministerial em Março de 2017. Os Ministros da Saúde da SADC observaram que se os Estados Membros tomarem medidas imediatas e fizerem investimentos estratégicos em toda a região da SADC, poderiam potencialmente evitar deficiências graves em relação aos trabalhadores da Saúde e poderiam dotar os sistemas de saúde de melhores condições para alcançarem os ODS relativos à saúde, bem como criar os tão almejados empregos, respondendo assim ao desafio do desemprego de jovens e aumentando a participação da Mulher no trabalho.

A Reunião dos Ministros da Saúde da SADC considerou que, à luz dos desenvolvimentos globais, incluindo a Estratégia Global sobre Recursos Humanos para a Saúde da OMS e a Comissão HEEG, o Plano Estratégico de Recursos Humanos para a Saúde da SADC e o seu Plano de Negócios precisavam de ser actualizados. Aprovaram a revitalização do Comité Técnico de Recursos Humanos para a Saúde da SADC e consideraram que um Subcomité deste mesmo Comité deveria elaborar um Plano de Acção Quinquenal da SADC para a implementação dos resultados da Comissão HEEG, e que o Plano de Acção deveria ser guiado pelos princípios de colaboração e parceria.

Por outro lado, a reunião dos Ministros do Emprego e Trabalho e dos parceiros sociais da SADC (ELS) teve lugar em Cape Town em 2 de Março de 2018. Os Ministros acordaram em incluir um ponto intitulado “Emprego na Saúde e Crescimento Económico” na secção sobre questões para tomar nota como uma das questões intersectoriais prioritárias do sector do Emprego e do trabalho.

O Comité Técnico de Recursos Humanos do Sector da Saúde da SADC deve elaborar um quadro para transpor a Estratégia Global sobre Recursos Humanos para a Saúde e as recomendações da Comissão HEEG para o contexto regional. Reconhecendo este facto, a SADC pretende alcançar um padrão aceitável de saúde para todos os cidadãos e alcançar metas específicas dentro do objectivo “Saúde para todos” até 2030. Por conseguinte, o Quadro deverá apoiar a aceleração dos avanços rumo ao alcance dos objectivos relativos à saúde da população de Health 2020 e dos objectivos relativos à saúde a longo prazo dos Estados Membros da SADC. O Quadro deverá ajudar a constituir profissionais da Saúde de forma sustentável e eficaz dentro de sistemas de saúde fortalecidos e apoiar os objectivos da Estratégia Global.





Por último, o Quadro deverá prestar um apoio crucial aos Estados Membros da SADC através da identificação de opções políticas e orientações sobre o investimento. É neste contexto que a OIT, a OCDE e a OMS devem prestar apoio técnico para sustentar a elaboração de objectivos estratégicos mais amplos e opções políticas para a região da SADC. Tomando como base o seu próprio contexto, os Estados Membros da SADC desenvolverão, examinarão e priorizarão acções a partir dos objectivos estratégicos mais amplos e das opções políticas definidos no Plano Estratégico Regional do pessoal da Saúde.

## 1.4 Metodologia da Elaboração do Plano Estratégico do pessoal da Saúde

Como metodologia para envolver os Estados Membros e os parceiros sociais foi adoptado um processo consultivo. A fim de garantir a recolha de dados qualitativos e quantitativos sólidos para alimentar a elaboração de uma estratégia sub-regional, abrangente adoptou-se um método misto. Foi solicitado aos Estados Membros que fizessem uma rápida auto-avaliação do seu nível de prontidão utilizando as áreas temáticas adoptadas a partir de uma ferramenta de Índice de esforço de RHS (Fort, et al., 2017). A ferramenta abrange 50 tópicos distribuídos por sete dimensões de RHS reconhecidas: (1) Liderança e Defesa de Direitos, (2) Política e Governança, (3) Finanças, (4) Educação e Formação, (5) Recrutamento, Distribuição e Retenção, (6) Gestão de Recursos Humanos e (7) Monitorização, Avaliação e Sistemas de Informação. Por outro lado, foram apresentados à SADC, por nove (9) Estados Membros, dados quantitativos sobre a formação de profissionais da saúde, as densidades, as instituições e normas de recrutamento e as despesas, que nortearam as consultas técnicas realizadas de 26 a 29 de Agosto de 2019 em Joanesburgo (África do Sul). Foram ainda usados dados adicionais extraídos da plataforma das Contas nacionais relativas aos recursos humanos para a Saúde da OMS (NHWA).

Durante a reunião técnica consultiva, os Estados Membros apresentaram os resultados dos vários processos de auto-avaliação dos seus recursos humanos e foram encorajados a preencher o modelo Desenvolvimento e Análise dos Serviços da Saúde (HesDA) (Asamani et al. 2018) usando os dados dos respectivos países. Cada Estado Membro participante apresentou as projecções do seu pessoal de saúde, das necessidades, do défice do mercado laboral, incluindo a análise da viabilidade económica e as discussões foram extensivas às prioridades em termos de políticas em vigor nos próprios países e o respectivo impacto em toda a sub-região da SADC. Os resultados desta consulta técnica, facilitada pela OMS e pela OIT foram apresentados e discutidos workshop tripartido para a região da SADC que teve lugar em Johannesburg de 10 a 12 de Setembro de 2019.

As recomendações deste Seminário técnico tripartido da OIT foram incorporadas e foi elaborado um projecto de Quadro Estratégico dos RH da SADC concebido por uma equipa de consultores, com apoio técnico complementar prestado por peritos da OMS e da OIT, sob coordenação do Secretariado da SADC. Este projecto foi revisto pelos peritos da SADC e anotado pelos Ministros da Saúde da SADC no dia 7 de Novembro de 2019 em Dar Es Salaam, Tanzânia. Como retorno da informação, os Ministros da Saúde recomendam que se faça uma análise profunda e respectivo aperfeiçoamento do Quadro Estratégico neste Plano Estratégico de RH 2020-2030 aprovado pelos Estados Membros no dia 15 de Novembro de 2020 durante a reunião dos Ministros responsáveis pela Saúde e HIV/SIDA na SADC em Maputo, Moçambique e mais tarde aprovado pelos Ministros do Trabalho e Emprego.



# CAPÍTULO 02





# ANÁLISE DA SITUAÇÃO

## 2.1 População e Contexto Socioeconómico

### 2.1.1 População

Estima-se que os Estados Membros da SADC tinham até 2018, uma população de 345.2 milhões cuja taxa de crescimento médio anual é de 2.5%. A RDC é que detém a maior porção da população com aproximadamente 27%, seguida da República da África do Sul e Tanzânia com 16.7% e 15.7% respectivamente. Sete Estados Membros (nomeadamente Seychelles, Namíbia, Maurícias, Lesotho, Eswatini, Comores e Botswana) juntos têm pouco menos de 3% da população da região (vide figura 1). Daí que o princípio da partilha e interdependência, conforme estipulado nos vários Protocolos da SADC, é essencial se quisermos tirar benefícios dos dividendos económicos da população (SADC, 2018).

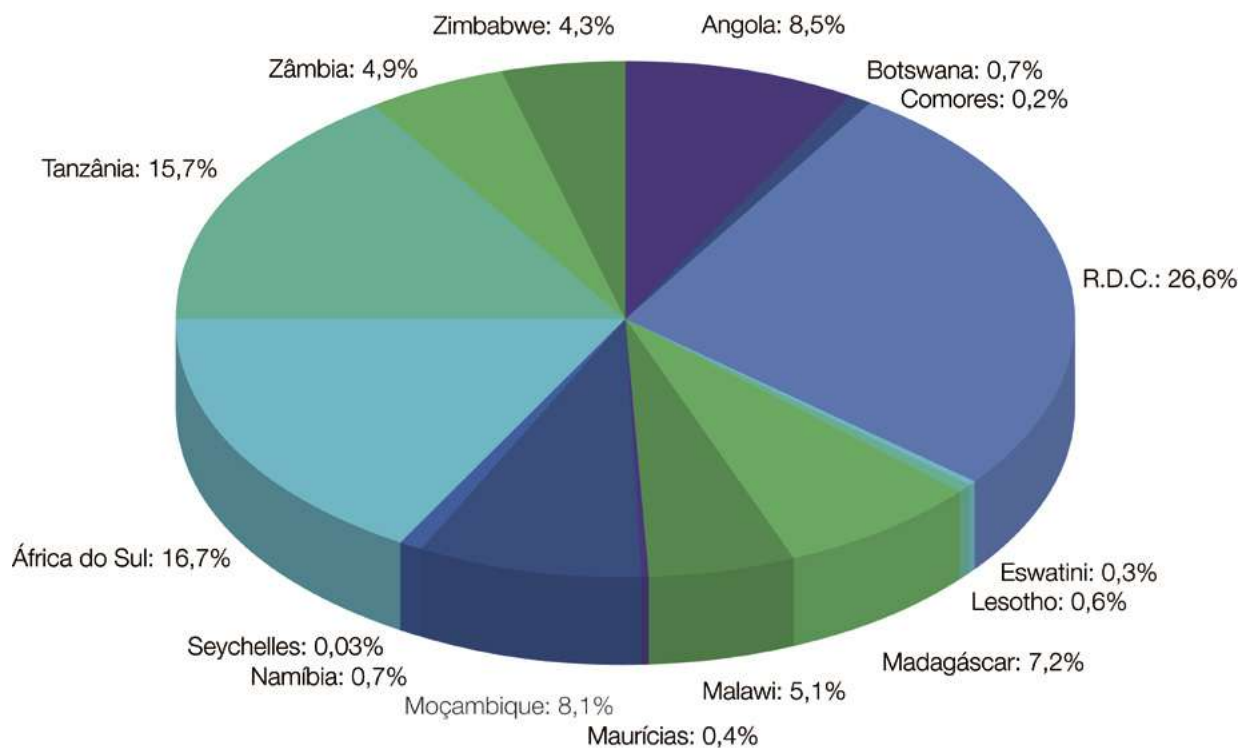


Figura 1: Distribuição da População da SADC, 2018

Fonte: Indicadores Económicos e Sociais Seleccionados da SADC, 2018

## 2.2 Contexto Socioeconómico

No seu todo, a sub-região da SADC registou um Produto Interno Bruto (PIB) de USD721.3 biliões em 2018, proveniente de um crescimento de cerca de 42% no valor de USD 508.7 biliões em 2008. O PIB da sub-região tem registado um decréscimo à taxa média de 1.8% em 2018, que por sua vez constitui um declínio a uma média de 6.4% da taxa de crescimento anual desde 2008 (vide tabela 1 sobre o PIB dos Estados Membros da SADC e tabela 2 sobre a tendência da taxa agregada do crescimento do PIB). Tal como se constata na tabela 2, os efeitos da recessão económica global tiveram um impacto negativo na sub-região. Contudo, a recessão resultante do impacto da Covid-19 poderá emperrar ainda mais o crescimento económico.



**Tabela 1: Produto Interno Bruto da SADC aos actuais preços do mercado (milhões de USD), 2008–2018**

Estados Membros da SADC	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Angola	88 539	70 415	83 799	111 943	128 138	136 725	145 668	116 164	101 124	122 121	107 970
Botswana	10 945	10 267	12 787	15 438	14 420	14 902	16 251	14 421	15 662	17 486	18 596
Comores	524	531	906	1 022	1 016	1 116	1 148	988	1 021	1 082	1 241
RDC	19 144	16 004	21 567	25 841	29 308	32 686	35 909	37 918	37 135	37 981	47 228
Eswatini	3 279	3 612	4 436	4 821	4 830	4 587	4 440	4 023	3 815	4 440	4 362
Lesotho	1 867	1 886	2 384	2 787	2 727	2 553	2 616	2 463	2 305	2 592	2 519
Madagáscar	9 413	8 544	9 983	11 552	11 579	12 424	12 523	10 371	11 805	13 177	13 904
Malawi	5 322	6 185	6 960	8 003	5 721	5 290	5 918	6 431	5 310	6 348	7 197
Maurícias	9 984	9 135	10 002	11 517	11 669	12 122	12 804	11 671	12 127	13 146	14 129
Moçambique	11 557	11 242	10 456	13 135	15 343	16 123	17 327	15 457	10 902	12 647	14 428
Namíbia	8 346	8 954	10 911	12 602	13 032	12 659	12 848	11 725	11 293	13 579	14 446
Seychelles	969	849	970	1 019	1 060	1 328	1 343	1 377	1 428	1 503	1 589
África do Sul	287 100	297 217	375 298	416 878	396 811	366 837	351 047	317 638	296 333	349 630	368 398
Tanzânia	27 389	28 574	31 704	34 452	39 643	45 668	49 969	47 522	49 763	53 281	57 347
Zâmbia	17 909	15 329	20 266	23 461	25 528	28 076	27 163	21 274	21 031	25 590	25 177
Zimbabwe	6 451	8 157	12 042	14 102	17 115	19 091	19 495	19 963	20 549	22 041	22 790
<b>Região da SADC</b>	<b>508 737</b>	<b>496 902</b>	<b>614 470</b>	<b>708 572</b>	<b>717 940</b>	<b>712 186</b>	<b>716 470</b>	<b>639 406</b>	<b>601 602</b>	<b>696 643</b>	<b>721 321</b>

Fonte: Indicadores Económicos e Sociais Seleccionados da SADC, 2018

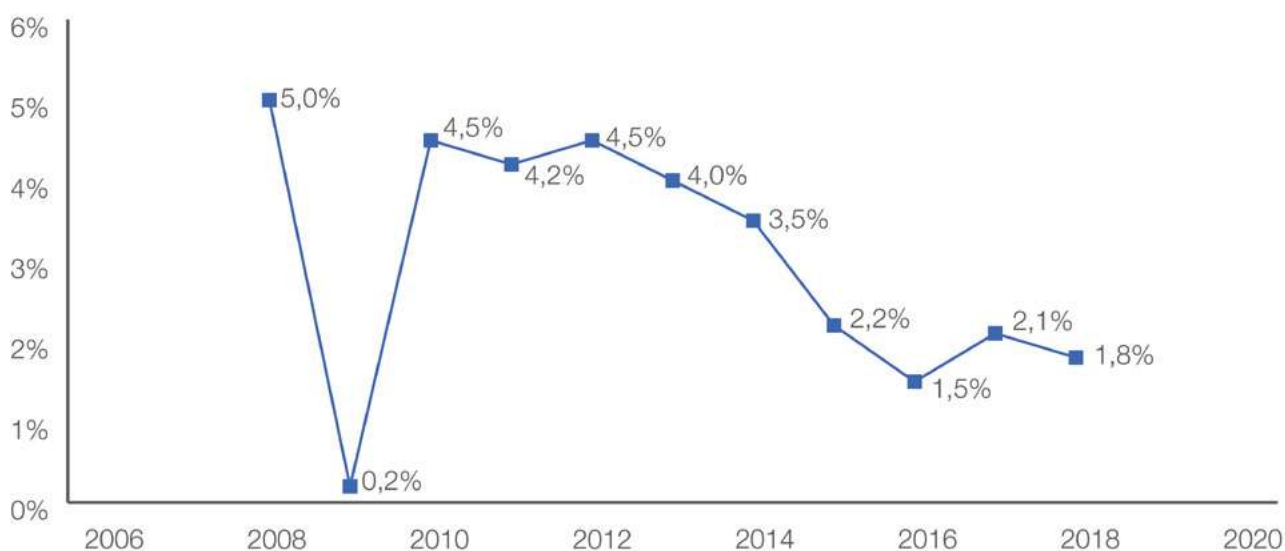


Figura 2: Taxa de Crescimento do PIB na Região da SADC

Fonte: Indicadores Económicos e Sociais Seleccionados da SADC, 2018

O desemprego dos jovens na sub-região varia significativamente, com cifras inferiores a 10% registadas em países como a RDC, Madagáscar, Malawi e Tanzânia, que contrastam com as elevadas taxas registadas na África do Sul (57.4%), Eswatini (54.8%), Moçambique (42.7%) e Namíbia (45.5%) (SADC, 2018).



**Tabela 2: Desemprego nos Jovens (% 15–24 anos) (%) na SADC, 2008–2017**

Estados Membros da SADC	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Angola	33.7	28.1	22.8	16.9	17.0	17.0	17.0	16.9	18.0	19.1
Botswana	32.5	32.6	35.3	35.3	35.4	35.6	35.4	35.3	35.7	35.7
Comores	9.9	9.9	9.9	9.9	9.9	9.9	9.9	9.9	9.9	10.0
RDC	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3
Eswatini	53.0	53.1	53.1	53.1	53.3	53.4	53.5	53.5	54.1	54.8
Lesotho	47.7	46.2	36.3	38.9	32.9	34.5	34.9	38.0	39.0	38.5
Madagáscar	5.5	5.9	6.4	3.8	1.0	1.5	2.0	3.0	3.0	3.0
Malawi	9.6	9.2	8.9	8.6	8.2	7.8	7.9	7.8	7.9	8.0
Maurícias	18.9	21.8	23.2	22.1	24.4	23.4	24.6	26.0	23.6	23.3
Moçambique	38.5	38.5	38.5	38.5	38.6	39.8	43.2	43.2	43.0	42.7
Namíbia	46.1	46.6	45.3	42.6	34.3	40.8	38.7	40.1	45.2	45.5
Seychelles	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
África do Sul	45.6	48.4	51.2	50.3	51.7	51.4	51.3	50.1	53.4	57.4
Tanzânia	6.9	4.9	5.9	7.1	6.5	5.8	3.7	3.7	3.8	3.9
Zâmbia	15.5	20.9	26.8	20.1	15.3	15.3	15.3	15.2	15.3	15.4
Zimbabwe	7.9	8.2	8.4	8.5	11.5	11.5	11.4	11.4	11.4	11.4

Fonte: Indicadores Económicos e Sociais Seleccionados da SADC, 2018

## 2.3 Economia da Pandemia de COVID-19 na Região da SADC

No início de 2020 foi reportado o primeiro caso de infecção pela covid-19 na região. Desde então, esta doença vem se alastrando rapidamente e afectando muitos países da região, causando impactos severos nas suas economias e nos sistemas de saúde. O impacto desta pandemia está a mudar o panorama económico em todo o mundo, incluindo na região da SADC. A economia da região da SADC, cujas projecções apontavam para uma recuperação em 2020, de acordo com o WEO de Outubro de 2019, esta tem registado uma significativa revisão em baixa devido aos efeitos adversos de Covid-19. Consequentemente, o crescimento económico da região da SADC previamente projectado para os 3.3% em Outubro de 2019, foi revisto em baixa para 3%. A ruptura das actividades económicas e os gastos elevados realizados pelos Governos, aliadas aos pacotes económicos adoptados por estes em resposta à pandemia irão afectar o crescimento económico dos Estados Membros da SADC. Consequentemente, as projecções apontam para o alargamento do défice para 5.7% do PIB em 2020, comparado com a anterior estimativa de 3%. Além disso, os níveis de dívida irão crescer para além da projectada fasquia regional de 60% do PIB para os 69.8% em 2020.<sup>2</sup>

Os sectores económicos foram severamente afectados pela Covid-19, incluindo a indústria do turismo e lazer, aviação, transporte marítimo, indústria automóvel, construção e ramo imobiliário, fabricação, educação e indústria do petróleo. No início havia preocupações segundo as quais a covid-19 iria também afectar a indústria alimentar e área do retalho. Contudo, estas duas áreas mantiveram a sua estabilidade. A indústria de processamento alimentar e retalho se beneficiaram largamente do anúncio feito pela OMS e pelo Programa Mundial de Alimentação Segundo o qual, é improvável que as pessoas contraíam a Covid-19 através de alimentos ou do seu empacotamento.

<sup>2</sup> [https://www.sadc.int/files/6915/8758/8533/BULLETIN\\_2-SADC\\_Response\\_to\\_COVID19\\_ENGLISH.pdf](https://www.sadc.int/files/6915/8758/8533/BULLETIN_2-SADC_Response_to_COVID19_ENGLISH.pdf)



Os Estados Membros da SADC adoptaram várias políticas e medidas sócio económicas para minimizar o impacto da COVID-19 nas suas economias. Estas políticas e medidas incluem a suspensão das actividades económicas não essenciais; incremento das despesas no sector da saúde e redes de segurança social; medidas de abrandamento fiscal; pacotes de estímulo económico; políticas monetárias favoráveis e criação de fundos de emergência/solidariedade. Estas políticas e medidas tiveram implicações abrangentes nos Estados Membros, incluindo a sua disponibilidade de investir no pessoal da saúde na fase pós-pandemia (SADC, 2020).

## 2.4 Visão Geral da situação de Saúde e dos Sistemas de Saúde

Muitos países Africanos registaram progressos significativos rumo ao alcance dos indicadores chave de saúde na última década. Por exemplo, 43 países em África registaram maior redução das taxas de mortalidade infantil no período 2000-2013 quando comparado com o período 1990-2000. Igualmente, o continente registou uma queda massiva das taxas de mortalidade em bebés de menos de cinco anos em cerca de 56% entre 1990 e 2012; a mortalidade infantil reduziu em 40% (UNICEF, 2018).

No contexto da região da SADC, na última década entre 2008 e 2018, a esperança média de vida melhorou em cerca de 8 anos, saindo dos 52.4 anos em 2008 para 61 anos em 2018. Isto representa uma melhoria média de 16% em todos os Estados Membros. Contudo, registaram-se grandes variações no alcance destas melhorias em termos de esperança de vida. Os maiores ganhos foram registados no Zimbabwe (30%), Botswana (29), República Democrática do Congo (26%), Angola (24%) e Malawi (23%); por outro lado, outros Estados Membros como a Namíbia, Lesotho e Madagáscar registaram melhorias na esperança de vida de menos de um ponto percentual na última década (vide tabela 3).

**Tabela 3: Esperança de Vida na Região da SADC**

Estados Membros da SADC	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Mudança de Percentagem desde 2008
Angola	49.9	48.2	48.4	48.6	48.7	48.9	60.3	61.2	61.5	61.7	62.0	24%
Botswana	52.8	53.2	53.3	68.0	68.0	68.0	68.0	68.0	69.0	67.0	68.0	29%
Comores	66.2	66.5	66.8	67.1	67.4	67.6	67.9	68.1	68.3	68.5	68.7	4%
DRC	47.6	47.8	48.1	48.4	48.7	56.0	56.0	59.1	59.1	59.1	60.0	26%
Eswatini	45.2	45.1	45.1	45.2	45.3	45.5	45.6	45.7	45.8	61.2	58.0	28%
Lesotho	46.1	46.9	47.6	42.5	43.1	43.6	44.0	45.0	45.5	45.7	46.3	0%
Madagáscar	65.9	66.2	66.5	66.7	66.9	64.7	65.2	65.5	65.7	65.8	66.0	0%
Malawi	47.6	51.7	52.5	53.4	54.3	55.1	56.0	56.8	57.6	58.4	58.6	23%
Maurícias	73.2	73.3	73.7	73.9	74.1	74.2	74.4	74.4	74.6	74.5	75.0	2%
Moçambique	51.3	51.7	52.1	52.4	52.8	53.1	53.5	53.8	54.1	53.7	55.0	7%
Namíbia	61.1	61.7	62.2	56.9	56.9	56.9	56.9	57.5	59.0	60.0	60.2	-1%
Seychelles	72.9	72.9	73.2	72.6	74.2	73.1	73.2	74.2	74.0	74.0	74.0	2%
África do Sul	56.0	57.4	58.9	59.9	61.2	61.8	62.5	62.8	63.2	63.9	64.2	15%
Tanzânia	54.0	54.0	55.0	55.0	61.8	61.8	61.8	61.8	61.8	61.8	61.8	14%
Zâmbia	51.3	51.2	51.2	52.7	52.8	53.0	53.2	53.3	53.7	54.9	54.6	6%
Zimbabwe	47.2	48.6	50.0	51.4	60.7	60.7	60.7	60.7	60.7	59.7	61.4	30%
<b>SADC Total</b>	<b>52.4</b>	<b>52.9</b>	<b>53.5</b>	<b>54.0</b>	<b>55.9</b>	<b>57.8</b>	<b>59.0</b>	<b>60.0</b>	<b>60.2</b>	<b>60.4</b>	<b>61.0</b>	<b>16%</b>

Fonte: Indicadores Económicos e Sociais Seleccionados da SADC, 2018



Outros indicadores de saúde populacional como é o caso da mortalidade materna também registaram melhorias, partindo de uma média de 443 por 100.000 nados vivos em 2008 para 367 por 100.000 nados vivos em 2017. Esta cifra representa uma redução da mortalidade materna em 14% na última década (veja tabela 4). Contudo nalguns Estados Membros (por exemplo o Malawi e Zimbabwe) não foram registadas melhorias ou se existiram foram muito marginais, quando comparados com o Botswana (24%) e Tanzânia (23%) onde existiram maiores ganhos a nível da Região. Os indicadores de saúde relacionados, como por exemplo a taxa da presença de pessoal qualificado durante o parto, a mortalidade infantil, a taxa bruta de mortalidade por 1000 habitantes, todos estes registaram melhorias agregadas na última década, mas existem disparidades inerentes em todos os Estados Membros devido a variados níveis de cobertura dos serviços de saúde.

**Tabela 4: Rácio de mortalidade materna (mortes por 100,000 nados vivos) in SADC, 2010–2015**

Estados Membros da SADC	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Redução da Percentagem entre 2010 e 2015
Angola	561.0	546.0	526.0	509.0	493.0	477.0	15%
Botswana	169.0	159.0	153.0	139.0	134.0	129.0	24%
Comores	388.0	376.0	365.0	354.0	344.0	335.0	14%
RDC	794.0	777.0	771.0	746.0	717.0	693.0	13%
Eswatini	436.0	418.0	400.0	413.0	400.0	389.0	11%
Lesotho	587.0	555.0	549.0	532.0	513.0	487.0	17%
Madagáscar	436.0	420.0	402.0	384.0	369.0	353.0	19%
Malawi	629.0	618.0	624.0	636.0	638.0	634.0	-1%
Maurícias	59.0	51.0	54.0	54.0	54.0	53.0	10%
Moçambique	619.0	596.0	563.0	528.0	506.0	489.0	21%
Namíbia	319.0	315.0	299.0	283.0	273.0	265.0	17%
Seychelles	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
África do Sul	154.0	154.0	152.0	145.0	140.0	138.0	10%
Tanzânia	514.0	483.0	464.0	438.0	418.0	398.0	23%
Zâmbia	262.0	251.0	243.0	237.0	231.0	224.0	15%
Zimbabwe	446.0	409.0	379.0	369.0	401.0	443.0	1%
<b>Região da SADC</b>	<b>424.9</b>	<b>408.5</b>	<b>396.3</b>	<b>384.5</b>	<b>375.4</b>	<b>367.1</b>	<b>14%</b>

Fonte: Adaptado dos Indicadores Económicos e Sociais Seleccionados da SADC, 2018

A Cobertura Universal de Saúde (ODS 3 meta 3.8), geralmente implica que todos os cidadãos devem receber os cuidados de saúde de que necessitam, desde a promoção da saúde, passando pela prevenção, até aos cuidados curativos, reabilitativos e paliativos eficazes e de boa qualidade prestados às populações, sem exposição ao risco de despesas financeiras exorbitantes no local em que estes cuidados são prestados (OMS, 2015). A nível global, os cuidados universais de saúde são monitorados através de uma escala de pontuação dos indicadores alcançados em quatro dimensões: saúde reprodutiva, saúde materna, saúde do recém-nascido e infantil; doenças infecciosas; doenças não comunicativas; bem como capacidade e acesso aos serviços de saúde (OMS e Banco Mundial, 2015, 2019).



No relatório de Monitorização de 2019, registou-se uma variação no índice dos cuidados de saúde nos Estados Membros da SADC, sendo a percentagem mais baixa de 28% no Madagáscar e a mais alta de 71% nas Seychelles, o que perfaz uma média de 48%. Assim, em media, apenas 48% da população da SADC pode obter, de forma fiável, serviços de saúde de que necessitam e de boa qualidade, sem serem arrastados para a pobreza. Cerca de 33% dos Estados Membros da SADC situam-se abaixo da média regional, enquanto os outros 67% estão acima da média regional. Pelo que fica claro que há ainda alguns ganhos a serem alcançados pelos Estados Membros da SADC em termos de cuidados de saúde até 2030.

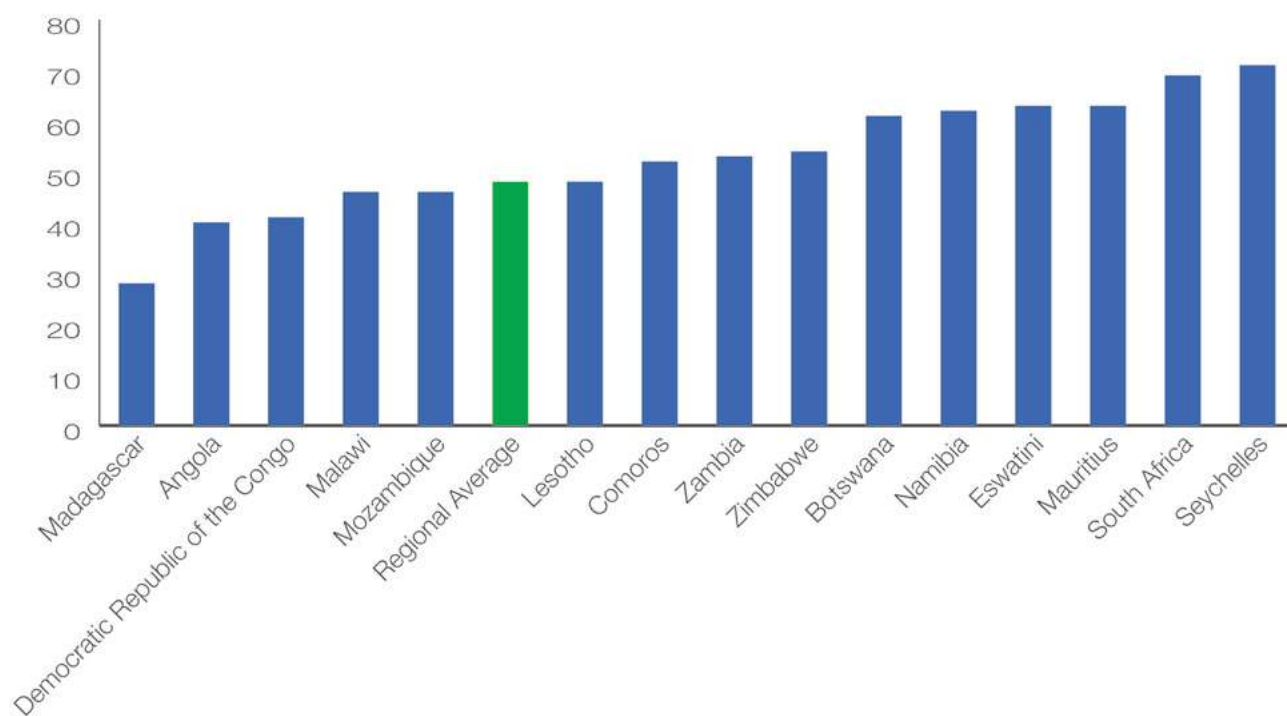


Figura 3: Índice de Cobertura dos Serviços de Saúde na SADC

Fonte: OMS/ Relatório de Monitorização do Banco Mundial – 2019

## 2.5 Situação do Pessoal de Saúde nos Estados Membros da SADC

Dos 47 Países Membros da OMS, a região da África inclui todos os Estados Membros da SADC que registaram um crescimento de 13% no número de enfermeiros, médicos e parteiras entre 2005 e 2015. Contudo, ela continua a enfrentar um grande défice de pessoal pois apenas 11 (23%) dos países da região tinham uma taxa de pelo menos 2.3 médicos, enfermeiros e parteiras por 1000 habitantes até ao final de 2015.





A nível global, a região suporta cerca de 25% do peso das doenças, mas com menos de 5% de todo o pessoal de saúde a nível mundial (Organização Mundial de Saúde, 2016<sup>a</sup>). Estima-se que esta falta de pessoal de saúde poderá não ser significativamente suprida se não forem feitos esforços muito bem concertados para lidar com o baixo investimento que se verifica com o pessoal da saúde. As projecções apontam o défice de pessoal para cerca de 6.1 milhões até 2030 – incluindo 1.1 milhões de médicos, 2.8 milhões de enfermeiros e parteiras e 2.2 de outros quadros (Cometto et al, 2017). Se as projecções indicam para a formação de 3.1 milhões de quadros de saúde, a capacidade da sua absorção (demanda económica) pode se limitar a apenas 2.4 milhões, deixando os cerca de 700.000 quadros de saúde formados e “necessários” no desemprego ou no subemprego até 2030, já que os governos podem não dispor dos orçamentos necessários para a sua absorção. Estes dados levantam a questão do “excedente paradoxal” que ocorre quando técnicos de saúde são formados e necessários, mas os governos não têm capacidade fiscal para absorver-los nas estruturas de prestação de serviços (Asamani, et al.,2019). As acções que se seguem exploram este fenómeno e respectivos factores contributivos no contexto da região da SADC, e estabelece as bases para a adopção de uma série de estratégias e intervenções em termos de políticas no sentido de lidar com estes desafios.

## 2.5.1 Levantamento do pessoal de Saúde na Região da SADC

Com base nos dados obtidos do inquérito da OMS/AFRO de 2018, estima-se que a Região da SADC tenha cerca de 689.342 médicos, enfermeiros, parteiras e outros quadros. Em todos os Estados Membros há uma variação em relação a densidade dos médicos, dentistas, parteiras e enfermeiras; partindo de 0.9 a 120 por 10.000 habitantes (vide tabela 5). A densidade média de médicos, dentistas, parteiras e enfermeiras por 10.000 habitantes é de cerca de 19.3, comparado com a fasquia global de 45 por 10-000, que é considerada necessária para o alcance do progresso sustentável rumo a ao alcance dos cuidados de saúde universais até 2030.

Incertezas consideráveis são inerentes às estimativas atrás mencionadas dado que a qualidade não é satisfatória. Mesmo assim, os dados são similares aos reportados em vários relatórios regionais e globais e nalguns casos, estes dados foram disponibilizados pelos próprios Estados Membros. Os dados, apesar da preocupação em relação à sua qualidade que pode conduzir a estimativas inexatas, são um claro indicador dos vários desafios, como por exemplo a desigualdade na capacidade de formação, nas condições de emprego e remuneração não harmonizadas, na gestão precária do processo de migração do pessoal da saúde e no baixo nível de financiamento dos sistemas de saúde nos Estados Membros.



Tabela 5: Levantamento seleccionado do Pessoal de Saúde e sua Densidade na SADC: 2018 – a

Estado Membro	No. de Dentistas & Associados	No Médicos	No Total Médicos, Dentistas e associados	No Enfermeiros & Associados	No Parteiras & Associados	No Total Enfermeiros, Parteiras & Associados	No de Farmacêuticos, Técnicos & Associados	Ano	Total Geral de Enfermeiros, Parteiras, Farmacêuticos, Dentistas e Médicos	População	Densidade: Por 10,000 habitantes	Fonte
Angola	856	6593	7449	46082	1438	47520	2302	2018	57271	32 866 000,00	17.4	WHO/AFRO
Botswana	94	853	947	6935	n.a.	6935	487	2018	8369	2 352 000,00	35.6	WHO/AFRO
Comores	32	220	252	747	487	1234	55	2018	1541	16 426 000,00	0.9	WHO/AFRO
RDC	404	31546	31950	103785	3642	107427	1687	2018	141064	89 561 000,00	15.8	WHO/AFRO
Eswatini	74	278	352	2204	14	2218	281	2018	2851	1 160 000,00	24.6	WHO/AFRO
Lesotho	159	998	1157	8245	496	8741	398	2018	10296	2 142 000,00	48.1	WHO/AFRO
Madagáscar	556	5230	5786	4560	3164	7724	329	2018	13839	27 691 000,00	5.0	WHO/AFRO
Malawi	112	2760	2872	6025	n.a.	6025	387	2018	9284	19 130 000,00	4.9	WHO/AFRO
Maurícias	466	2395	2861	4419	567	4986	748	2018	8595	1 270 000,00	67.7	WHO/AFRO
Moçambique	545	2180	2725	7961	5820	13781	2310	2018	18816	31 255 000,00	6.0	WHO/AFRO
Namíbia	289	1445	1734	12956	n.a.	12956	907	2018	15597	2 541 000,00	61.2	WHO/AFRO
Seychelles	152	240	392	645	4	649	135	2018	1176	98 000,00	120.0	WHO/AFRO
África do Sul	6816	43503	50319	287458	n.a.	287458	16195	2018	353972	59 309 000,00	59.7	WHO/AFRO
Tanzânia	682	2885	3567	31940	n.a.	31940	1845	2018	37352	59 734 000,00	6.3	WHO/AFRO
Zâmbia	455	2026	2481	14516	3432	17948	1708	2018	22137	18 384 000,00	12.0	WHO/AFRO
Zimbabwe	347	1959	2306	25835	854	26689	776	2018	29771	14 863 000,00	20.0	WHO/AFRO
<b>Região da SADC</b>	<b>12039</b>	<b>105111</b>	<b>117150</b>	<b>564313</b>	<b>19918</b>	<b>584231</b>	<b>30550</b>	<b>2018</b>	<b>731931</b>	<b>378 782 000</b>	<b>19.3</b>	





Tabela 6: Levantamento seleccionado do Pessoal de Saúde e sua Densidade na SADC: 2018 – b

Estado Membro	Pessoal de Saúde Ambiental e Ocupacional & higiene	Pessoal de Saúde Comunitária	Pessoal Assistente – clínico	Paramédicos	Nutricionistas	Assistentes dos cuidados de saúde e outro pessoal	Gestores dos cuidados de Saúde	Dentistas e técnicos de próteses dentárias	Patologistas e técnicos de laboratório	Radiologistas e operadores de equipamento terapêutico	Ano	Fonte
Angola	657	1 680	134	56	n.a.	n.a.	328	75	98	789	2018	OMS/AFRO
Botswana	99	n.a.	n.a.	58	n.a.	1 622	n.a.	n.a.	460	78	2018	OMS/AFRO
Comores	389	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	8	498	2018	OMS/AFRO
RDC	167	n.a.	n.a.	n.a.	535	n.a.	2 651	n.a.	2 934	338	2018	OMS/AFRO
Eswatini	187	6 324	28	29	n.a.	927	195	n.a.	370	47	2018	OMS/AFRO
Lesotho	144	14 508	71	4	29	849	110	10	205	41	2018	OMS/AFRO
Madagáscar	15	35 000	n.a.	n.a.	414	311	411	52	306	214	2018	OMS/AFRO
Malawi	35	10 016	2 804	98	25	178	178	n.a.	542	44	2018	OMS/AFRO
Maurícias	48	180	9	24	n.a.	1 153	315	12	291	213	2018	OMS/AFRO
Moçambique	n.a.	2 205	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2 466	29	1 951	206	2018	OMS/AFRO
Namíbia	218	2 292	21	1 053	33	n.a.	313	470	510	303	2018	OMS/AFRO
Seychelles	69	n.a.	n.a.	36	5	258	0	11	54	3	2018	OMS/AFRO
África do Sul	3 585	54 180	577	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	8 072	2018	OMS/AFRO
Tanzania	578	n.a.	9 250	1 963	148	25 803	633	73	4 361	681	2018	OMS/AFRO
Zâmbia	2 016	1 262	2 617	n.a.	404	n.a.	n.a.	n.a.	1 602	602	2018	OMS/AFRO
Zimbabwe	1 644	2 143	76	1 094	n.a.	2 115	327	10	648	412	2018	OMS/AFRO
Região da SADC												



Tabela 7: Levantamento seleccionado do Pessoal de Saúde e sua Densidade na SADC: 2018 – c

Estado Membro	Optometristas & Oculistas	Fisioterapeutas e Assistentes de Fisioterapia	Outros gestores e Pessoal de apoio	Outros provedores de serviços de saúde	Outros Profissionais e técnicos	Assistentes Sociais	Praticantes da medicina Tradicional e complementar	Ano	Fonte
Angola	56	1 156	28 324	n.a.	468	n.a.	16 380	2018	OMS/AFRO
Botswana	1	38	n.a.	20	n.a.	n.a.	n.a.	2018	OMS/AFRO
Comores	n.a.	n.a.	44	115	161	n.a.	n.a.	2018	OMS/AFRO
RDC	n.a.	395	74 310	1 608	n.a.	n.a.	n.a.	2018	OMS/AFRO
Eswatini	12	29	1 215	85	84	n.a.	7	2018	OMS/AFRO
Lesotho	8	22	2 130	58	416	n.a.	6 097	2018	OMS/AFRO
Madagáscar	56	99	6 355	n.a.	n.a.	n.a.	602	2018	OMS/AFRO
Malawi	13	52	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2018	OMS/AFRO
Maurícias	n.a.	64	3 295	n.a.	274	n.a.	5	2018	OMS/AFRO
Moçambique	147	377	26 735	n.a.	5 726	n.a.	n.a.	2018	OMS/AFRO
Namíbia	147	233	2 157	n.a.	1 739	509	8	2018	OMS/AFRO
Seychelles	25	33	n.a.	31	4	n.a.	n.a.	2018	OMS/AFRO
África do Sul	n.a.	11 975	n.a.	15 266	8 415	n.a.	n.a.	2018	OMS/AFRO
Tanzania	213	103	n.a.	3 630	3 028	n.a.	15 200	2018	OMS/AFRO
Zâmbia	61	606	17 801	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	2018	OMS/AFRO
Zimbabwe	n.a.	459	9 502	1 122	368	n.a.	5	2018	OMS/AFRO
Região da SADC									



## 2.5.2 Necessidades e Défice de Pessoal da Saúde

Com base nas tendências da densidade de médicos, enfermeiros e parteiras (projectadas com base nos dados disponíveis), foi realizada uma extensão linear que pudesse trazer uma estimativa aproximada das necessidades futuras em termos de disponibilização de médicos, enfermeiros e parteiras tendo em conta os actuais moldes em que estes profissionais são formados. As tendências mostram que a região da SADC, no geral, mantém a tendência de crescimento na ordem dos 13% entre 2005 e 2015 em toda Região Africana.

Tal como mostra a tabela 5a, estima-se que em 2018 a região da SADC tinha cerca de 689.342 médicos, enfermeiros, parteiras e outros profissionais, esperando-se um aumento para 728.689 até 2020; e 975.791 até 2030, como resultado de programas de desenvolvimento na formação do pessoal de saúde. Contudo, poderão ocorrer variações nas projecções feitas em termos de formação destes quadros em cada país, sendo que em determinados países poderá ser formado maior número de profissionais do que noutros.

Usando o índice ODS-RHS, cuja fasquia da densidade é de 4.45 médicos, enfermeiros e parteiras por 1.000 habitantes estabelecida pela Estratégia Global dos Recursos Humanos na área de Saúde pela OMS como o requisito mínimo para a CUS, estima-se que a região da SADC necessita, solidariamente de pelo menos 1.6 milhões de médicos, enfermeiros e parteiras até 2020, cuja cifra poderá crescer até pelo menos 2 milhões até 2030.

Comparando com o potencial de disponibilização, a SADC irá, em 2020, fornecer apenas 51% das suas necessidades, com o potencial de aumentar esta capacidade em 56% até 2024 e em 66% até 2030. Embora a actual capacidade de formação pode potencialmente suprir os quase 66% das necessidades (em termos agregados), devido à tendência prevalecte de investimentos em Recursos Humanos, aos orçamentos exíguos e contenção de custos a nível da região, apenas 33% dos profissionais formados poderão ser empregues até 2030 de acordo com os índices dos ODS.

**Tabela 8: Necessidades e Défice de Médicos, Enfermeiros e Parteiras na SADC**

SADC Member States	2020			2024			2030		
	Minimum Need	Estimated Supply	Workforce Ratio	Minimum Need	Estimated Supply	Workforce Ratio	Minimum Need	Estimated Supply	Workforce Ratio
Angola	136,599	59,240	✘ 43%	151,054	70,999	✘ 47%	172,454	93,153	✘ 54%
Botswana	13,213	8,761	⚠ 66%	14,052	11,086	✔ 79%	15,321	15,782	✔ 103%
Comoros	4,933	1,587	✘ 32%	5,395	1,891	✘ 35%	6,077	2,460	✘ 40%
DRC	429,300	144,380	✘ 34%	469,312	155,834	✘ 33%	531,130	174,741	✘ 33%
Eswatini	6,473	2,714	✘ 42%	6,690	3,209	✘ 48%	7,040	4,125	⚠ 59%
Lesotho	11,510	10,590	✔ 92%	12,196	12,520	✔ 103%	13,073	16,096	✔ 123%
Madagascar	115,840	14,085	✘ 12%	126,612	16,653	✘ 13%	142,560	21,410	✘ 15%
Malawi	82,937	9,552	✘ 12%	91,334	11,294	✘ 12%	103,815	14,519	✘ 14%
Mauritius	7,074	8,004	✔ 113%	7,113	9,411	✔ 132%	7,181	11,999	✔ 167%
Mozambique	130,824	17,001	✘ 13%	143,880	19,289	✘ 13%	162,926	23,311	✘ 14%
Namibia	14,038	15,659	✔ 112%	14,553	18,514	✔ 127%	15,462	23,801	✔ 154%
Seychelles	3,142	947	✘ 30%	3,333	1,074	✘ 32%	3,588	1,298	✘ 36%
South Africa	264,388	343,704	✔ 130%	280,061	370,681	✔ 132%	303,403	415,167	✔ 137%
Tanzania	250,679	40,308	✘ 16%	276,771	54,000	✘ 20%	313,985	83,734	✘ 27%
Zambia	79,299	21,276	✘ 27%	87,426	24,139	✘ 28%	99,765	29,172	✘ 29%
Zimbabwe	68,575	30,890	✘ 45%	73,796	35,913	✘ 49%	81,687	45,021	⚠ 55%
<b>SADC Total</b>	<b>1,618,825</b>	<b>728,698</b>	<b>⚠ 51%</b>	<b>1,763,579</b>	<b>816,508</b>	<b>⚠ 56%</b>	<b>1,979,469</b>	<b>975,791</b>	<b>⚠ 66%</b>



A seguir se apresentam os desafios imergentes nalguns Estados Membros com falta de financiamentos adequados que permitam a absorção do pessoal de saúde qualificado apesar do défice – o *paradoxo do excedente* do pessoal de saúde num país com graves necessidades de pessoal. Na auto-avaliação e no processo de consulta, os Estados membros indicaram que nalgumas vezes, existe pessoal de saúde formado, mas que permanece no desemprego por períodos de entre um e três anos. Esta questão levanta uma preocupação adicional sobre como manter actualizadas as habilidades destes profissionais se os mesmos ficam no desemprego por longos períodos.

Durante as consultas técnicas, a maioria dos Estados Membros indicaram que a questão da demora e da limitação da absorção do pessoal de saúde recém-formado tornou-se num assunto premente e deve-se essencialmente a indisponibilidade de vagas devido a constrangimentos orçamentais e nalgumas vezes, devido a normas/padrões de provimento de vagas que são restritivas ou ultrapassadas. Como forma de mitigar estes atrasos na absorção dos formados, alguns países oferecem estágios aos recém-graduados que poderão ser empregues assim que houver vagas e disponibilidade orçamental. Os participantes do workshop técnico tripartido da OIT para a região da SADC indicaram um desajuste geral entre a procura e a oferta do pessoal da saúde (ILO,2019). Para compensar este défice de pessoal, nalgumas vezes recorre-se ao sistema de horas extras excessivas, o que constitui um constrangimento na criação de empregos no sector. É nesse sentido que se apela a uma análise profunda do mercado de trabalho e dos investimentos específicos em cada país, o que irá permitir a melhoria do diálogo e na priorização dos postos de trabalho ao pessoal no sector da Saúde como um todo, incluindo nas ONG e no sector privado.

### 2.5.3 Liderança, Governação e Políticas do Pessoal da Saúde

Esta secção cobre as áreas de liderança, advocacia, políticas e governação. A dimensão da liderança e advocacia abarca 5 itens que incluem Proeminência dos Recursos Humanos na Área da Saúde com os respectivos Ministérios da Saúde; Apoio político aos RHS; Influência dos líderes ou campeões dos RHS; Poder de um Observatório de RHS; Grupo de Trabalho Técnico e Cobertura dos media na área RHS.

O fortalecimento da capacidade de liderança e governação exige melhorias no diálogo em termos de políticas e na criação de mecanismos claros de coordenação entre os Ministérios de tutela, sector privado e outros intervenientes (Afriyie et al., 2019). O Roteiro Regional da OMS para o dimensionamento dos Recursos Humanos na área de Saúde em África (WHO, 2012) identifica a fraca governação e liderança nos RHS como uma área que merece intervenção prioritária. Um sistema funcional de saúde com distribuição equitativa das infra-estruturas de saúde alicerçada numa liderança transparente e responsável tem capacidade de influenciar o pessoal e motivá-lo a aceitar a sua colocação nos distritos e em zonas mais recônditas (Lehmann et al., 2008). As qualidades apropriadas e sustentáveis de lideranças estão ligadas à produtividade e à retenção do pessoal. (Asamani et al., 2016).



Durante as consultas técnicas, os Estados Membros que participaram da auto-avaliação falaram da proeminência dos RHS nos seus respectivos Ministérios da Saúde, onde existe um cargo ou gabinete permanente de RHS dentro do Ministério cuja função é desenvolver e monitorar as políticas e estratégias dos RHS. Contudo, alguns Estados Membros falaram dos desafios da elevada mobilidade dos gestores de RHS na Função Pública (isto é, mudanças frequentes das lideranças) que tem um impacto negativo na continuidade e na capacidade. Também ficou assente a necessidade de os Estados Membros recorrerem aos Grupos de Trabalho Técnicos/Observatórios ou Comitês de RHS (seja qual for a designação) como mecanismos de coordenação e diálogo sobre políticas com todos os intervenientes. Contudo, se por um lado alguns países consideram estes fóruns bastante activos através da realização de encontros regulares, outros há em que os tais fóruns não têm capacidade adequada e não estão devidamente institucionalizados. Adicionalmente, os níveis de envolvimento de outros sectores, incluindo as ONGs varia de país para país.

Uma análise recente feita pelo Escritório Regional da OMS para África demonstrou que até 2014, apenas 14 dos 47 países (cerca de 30%) na Região de África é que tinham os seus planos de RHS abrangentes e calculados; a maioria tinha-os em forma de projectos, alguns dos quais permaneceram como tal durante muito tempo (Afriyie et al., 2019). Como que a confirmar esta constatação, número considerável de Estados Membros disseram, durante o processo de consultas, que não tinham em mão os seus planos de RHS actualizados, abrangentes e calculados. Na maioria dos Estados Membros tinha estes planos ainda em forma de projectos ou então estavam no início do processo da sua concepção. Os Estados Membros referiram que se por um lado a sua estratégia de RHS era concebida com base numa análise de dados colectados em todo o país, a sua implementação, por outro lado, era muitas vezes estrangida pela exiguidade de fundos.

## 2.5.4 Esforços na Educação e Formação

Na última década houve um crescimento de entre 4% a 13% na formação do pessoal de saúde; esta taxa é igual à média registada em toda a África. De facto, todos os Estados Membros que participaram da consulta técnica destacaram os esforços por si empreendidos na melhoria da componente de recursos humanos através da formação e colocação de quadros formados, o que levou ao aumento dos níveis de densidade. Dois terços dos Estados Membros falaram da existência de planos de formação que englobam a componente do género em termos de igualdade de acesso à formação.

Em termos de qualidade do pessoal da saúde, os Estados Membros destacaram a existência de curricula de qualidade alinhado às prioridades de saúde, mas que as infra-estruturas, as condições e práticas inadequadas das Faculdades constituem um desafio na tradução dos curricula em habilidades adquiridas pelos estudantes/formandos. Em todos os Estados Membros, vários órgãos reguladores realizam acções de monitorização visando garantir a qualidade e padrões de formação exigidos. Ainda assim, os Estados Membros manifestaram preocupação em relação à variação na qualidade de formação e nos requisitos para o registo /reconhecimento profissional para quadros da mesma categoria na Região. Alguns órgãos reguladores, sob auspícios da SADC, já iniciaram o processo de harmonização dos seus regulamentos de licenciamento dos profissionais de saúde.



Devido às condições inadequadas das Faculdades, aliadas à capacidade limitada de formação do pessoal da saúde sobretudo em áreas altamente especializadas de medicina, alguns Estados Membros (sobretudo países de pouca população) recorrem à sua formação no estrangeiro (de onde alguns dos formandos já não regressam ao país depois da conclusão dos cursos); dependem também do recrutamento no estrangeiro. Houve muitíssimo pouca ou mesmo nenhuma informação disponível em relação aos conteúdos da formação (capacidade teórica) por programa em cada país, bem como os mecanismos de graduação e certificação de créditos. Contudo, em um terço dos Estados Membros foi mencionado que as taxas de abandono devido a falta de recursos financeiros eram baixas, entre 3% e 6%.

Para mitigar casos extremos de obstáculos financeiros na formação do pessoal da saúde, constatou-se que a maioria dos governos dos Estados Membros da SADC alocam alguns fundos destinados à formação pré/pós ingresso nos serviços de saúde, incluindo formação profissional contínua. Os Estados Membros asseguraram que a alocação de fundos é em função das necessidades de formação, uma vez feito o levantamento das lacunas. Contudo este exercício está mais focado para as áreas clínicas, enquanto que as áreas de gestão e administração parecem negligenciadas.

### 2.5.5 Absorção, Distribuição e Retenção

Os Estados Membros reportaram estes casos baseando-se nos seus respectivos contextos e em função dos desafios inerentes ao processo da avaliação do défice e da dinâmica do Mercado laboral; a absorção de graduados, a eficácia (e transparência) das estratégias de recrutamento e colocação bem como as estratégias de afectação e retenção do pessoal da saúde.

Setenta e sete por cento (77%) dos Estados Membros referiram que o recrutamento e distribuição do pessoal de saúde é feito em função dos planos dos RHS e está ligado aos estatutos da Função Pública. Contudo, a maioria dos Estados Membros apontou para os sérios constrangimentos financeiros como sendo um impedimento para a rápida colocação/absorção dos quadros de saúde logo após a sua graduação; esta observação corrobora com a análise empírica descrita no capítulo anterior. Os Estados Membros acreditam que os seus processos de recrutamento são transparentes, apesar de estarem ligados às políticas e aos procedimentos genéricos em vigor na Função Pública, que têm as suas nuances burocráticas que impedem um recrutamento de forma expedita.

No geral, a questão da distribuição equitativa do pessoal da saúde é recorrente e delicada e é, entre várias questões, influenciada por decisões de índole política, por aspectos salariais, pelas condições sociais e por factores individuais de cada funcionário. No contexto Africano, estima-se que 29-53% de todo pessoal de saúde não está equitativamente distribuído, onde acima de 90% de farmacêuticos, 86% de médicos especialistas, 63% de médicos de clinica geral e 51% de enfermeiros e parteiras estão afectos geralmente nas zonas urbanas (OMS/AFRO, 2006). Durante o processo de consultas técnicas para o presente plano estratégico, os Estados Membros reconheceram os níveis preocupantes das desigualdades na distribuição do pessoal da saúde, sobretudo nas áreas recônditas. Além disso, 55% dos Estados Membros da SADC falaram da necessidade de as estratégias de afectação e distribuição do pessoal nos respectivos países serem sustentadas por evidências. Apenas alguns países têm usado ferramentas comprovativas das evidências tais como os Indicadores de Carga de Trabalho Ligados à Necessidade de Pessoal (WISN) como guião na redistribuição equitativa e afectação do pessoal da saúde.



Todos os Estados Membros indicaram que a retenção e rotatividade do pessoal nas áreas recônditas constituem um problema, e embora alguns países tenham adoptado esquemas de incentivos para os quadros a colocar nessas áreas, prevalece ainda a necessidade de revisão desta estratégia. Maior ênfase foi posta na questão da migração de quadros de saúde altamente qualificados para outros países e para o sector privado, o que corrói o quadro de pessoal existente.

## 2.5.6 Gestão dos Recursos Humanos

A dimensão da gestão dos Recursos Humanos inclui: capacidade e disponibilidade de liderança dos recursos humanos (HRM); existência e disponibilidade de manuais/guiões de gestão de recursos humanos; práticas de gestão de desempenho; avaliação do desempenho e dos resultados; progressão em carreira; estratégia de segurança e saúde ocupacional do pessoal de saúde (OSH); não discriminação, igualdade de oportunidades e do género no local de trabalho bem como as condições de desempenho e produtividade do pessoal de saúde.

Todos os Estados Membros se referiram a existência e disponibilidade de funções, processos, manuais e guiões de recursos humanos, embora muitos deles acoplados às regras e regulamentos da função pública. Contudo, a maioria dos países manifestaram a sua preocupação em relação ao número insuficiente de gestores de recursos humanos para a saúde bem como a capacitação e formação inadequada dos técnicos e gestores dos recursos humanos para a saúde sobretudo a nível distrital e rural. Muitos países indicaram que as questões de gestão do desempenho e produtividade do pessoal da saúde eram consideradas secundárias ao que as medidas a si associadas, como por exemplo a atribuição de prémios e aplicação de sanções eram tomadas de forma ineficaz. Em termos de progressão na carreira, alguns Estados Membros falaram da necessidade de adoptar formas de desenvolvimento e fortalecimento da carreira nas várias categorias profissionais. Além disso, alguns países indicaram que a progressão é feita com base no mérito, nas necessidades do sector e nas preferências individuais do funcionário.

Todos os Estados Membros falaram da existência de uma estratégia nacional de segurança e saúde ocupacional (OSH) para toda a função pública sob tutela dos Ministérios da Saúde Trabalho. Porém, existem poucos programas e estratégias que sejam únicos e específicos ao ambiente do sector de saúde. Esta é uma área que tem merecido atenção com surgimento dos riscos de saúde e segurança ocupacional devido a eclosão da COVID-19, dos Regulamentos Internacionais de Saúde (IHR); dos Padrões Internacionais de Trabalho tais como a Convenção sobre Segurança e Saúde Ocupacional, 1981(No.155) e a Convenção sobre Violência e Assédio, 2019 (No 190), bem como as medidas de emergência relacionadas com a saúde pública.





## 2.4.7 Género

Os Estados Membros referiram estar a trabalhar no sentido de assegurar a adopção de práticas justas e equitativas em relação ao género no seio do pessoal de saúde. Contudo, a disparidade do género no seio do pessoal de saúde ainda constitui um desafio para muitos países. Um dos lemas chave do plano estratégico do pessoal da saúde na região da SADC será o de orientar os países para que estes possam identificar, resolver e eliminar as desigualdades do género sobretudo em relação à participação, segregação ocupacional por género, liderança, trabalho decente e seguro, incluindo o desequilíbrio e discriminação no local de trabalho bem como o ambiente de trabalho e as diferenças salariais em função do género. O primeiro passo para lidar com estas questões é a incorporação da igualdade, da equidade, dos direitos, da protecção e da participação económica do género em todo o planeamento estratégico. Nalgumas vezes em que se constatar uma difusa desigualdade do género, pode ser necessário fazer uma análise explícita deste fenómeno cujos resultados irão informar sobre as medidas de políticas a serem tomadas para se alcançar o equilíbrio do género – com metas e indicadores mensuráveis.

Mais ainda, os Estados Membros devem comparar e usar o perfil dos dados desagregados por género e tendo em conta outros aspectos de identificação pessoal (isto é, etnicidade e língua) em todos os processos de adopção de políticas, tomada de decisão e produção de relatórios. O investimento proposto com o pessoal de saúde deve ter em conta a necessidade da promoção de políticas sensíveis ao género em todas as oportunidades de mudança transformativa do género. Isto deve incluir, mas não se limitar às áreas chave como: salário igual e reconhecimento da existência de trabalho não pago ou mal pago nos sectores social e de saúde; trabalho decente – respeitando o ambiente de trabalho, segurança e protecção; igualdade de acesso e oportunidades de formação, educação, recrutamento e promoção; eliminação do assédio, violência e discriminação sexual no local de trabalho, aspectos estes com uma importante componente do género.

## 2.5.7 Acreditação e Regulamentação

Todos os Estados Membros se referiram à existência de Conselhos das Associações de profissionais que regulam os processos de licenciamento e certificação. Estas entidades profissionais também asseguram que a classificação e outras práticas inerentes à profissão sejam reconhecidos e definidos. A maior parte dos Estados Membros que responderam deram a indicação de que os profissionais de saúde precisam demonstrar os créditos CPD para garantirem a sua certificação e renovação das suas licenças, e este processo é levado a cabo pelas várias associações de profissionais em cada país. Porém, os países indicaram a necessidade de fortalecimento deste processo ou então da necessidade de concepção de um programa específico de coordenação que assegure a aplicação dos critérios a todos os profissionais de saúde de forma consistente.

Os Estados Membros também expressaram a sua preocupação em relação a falta de uniformidade e inconsistências nos padrões de formação do pessoal de saúde; e sobre a obrigação do licenciamento profissional dos mesmos dentro dos Estados Membros. Foi notório o esforço iniciado pela SADC visando criar um mecanismo regulador harmonizado para profissionais de saúde que já era necessário e que certamente será extensivo a todas as especialidades de saúde. Esta é uma iniciativa de louvar lançada pela SADC e que servirá como base para a criação de um Polo Regional de Recrutamento.





## 2.5.8 Monitorização, Avaliação e Sistemas de Informação

Alguns Estados Membros se referiram aos esforços, a vários níveis, visando melhorar a disponibilidade e utilização de informação, de dados e das evidências relativos ao pessoal da saúde. O principal desafio nesta área tem que ver com a fraca capacidade técnica e inexistência ou então existência de um Sistema de Informação de Recursos Humanos precário (HRIS). Infelizmente, não existem dados suficientes referentes a todo o sector; existem dados incompletos e há uma limitada integração e interoperabilidade de dados. Muitos países se referiram ao facto de o processo de monitorização e avaliação do pessoal de saúde não estar totalmente institucionalizado. Em conformidade com as várias resoluções da Assembleia Geral da OMS visando fortalecer os dados e evidências relativos ao pessoal da saúde, muitos Estados Membros estavam na fase inicial de implementação das Contas nacionais relativas aos Recursos humanos da Saúde (NHWA).

## 2.5.9 O Impacto da Pandemia da COVID-19 no Pessoal de Saúde

No seu dia-a-dia, o pessoal da saúde debate-se com vários riscos de saúde ocupacional que incluem, por exemplo, os associados a perigos de índole biológica, química, física, ergonómica e psicossocial. Estes riscos aumentam a probabilidade de contracção de doenças ocupacionais e de ferimentos não só ao pessoal da saúde, mas também aos pacientes, o que também põe em risco a qualidade de serviços prestados. A pandemia da Covid-19 veio exacerbar estes riscos e destacou a necessidade da adopção de medidas e políticas mais fortes em relação a segurança e à saúde ocupacional, juntamente com as medidas de prevenção e controle das infecções. No início do ano 2020, a região da SADC reportou o seu primeiro caso da Covid-19 e de lá para cá a epidemia vem se alastrando rapidamente por muitos países da região, com impacto severo sobre as suas economias, sistemas de saúde e sociedade no geral. Até 1 de Setembro de 2020 tinha sido reportado um cumulativo de 1.056.448 casos de Covid-19, dos quais 860.927 (82%) recuperaram da doença. A região da SADC é a que tem mais casos registados 66% (701.146) em África. A África do Sul registou mais de metade destes casos, 59% (628.259) confirmados na região. Mais ainda, há um aumento das infecções entre o pessoal da saúde. Cerca de 27.736 infecções ao pessoal da saúde foram registadas em 14 países da SADC desde a eclosão do surto. No geral, a África do Sul foi o país mais afectado, com 25.841 trabalhadores de saúde afectados até 2 de Setembro de 2020.

Apesar do impacto da Covid-19 sobre o pessoal da saúde não ter sido totalmente avaliado, este constitui motivo de maior preocupação na região da SADC. O pessoal da saúde é que está na linha da frente e enfrenta um risco substancial de infecção e morte devido à sua excessiva exposição (Shaukat et al, 2020). A pandemia também destacou até que ponto é que a protecção do pessoal da saúde é essencial para a garantia da segurança dos pacientes bem como para o funcionamento pleno dos sistemas de saúde e da sociedade (OMS, 2020). Dai a ênfase na necessidade de se prover o pessoal de saúde de equipamento de protecção pessoal, dos mais recentes protocolos de prevenção e controle das infecções; da testagem regular e prioridade no acesso à terapia, ao tratamento e à vacina através das ferramentas COVID-19 (ACT) Accelerator e COVAX logo que estes estiverem disponíveis. O risco a que este pessoal está exposto provoca um stress mental grave que pode resultar em elevados níveis de ansiedade e distúrbios pós-traumáticos, sendo que os enfermeiros são os mais afectados (Chersich et al, 2020). Outras implicações incluem o aumento do volume de trabalho que por sua vez leva à exaustão e à rejeição da participação em programas de formação, entre outras consequências. A figura 4 mostra os dados do pessoal da saúde infectado na região da SADC.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Fonte: WHO COVID-19 External Situation Report 27



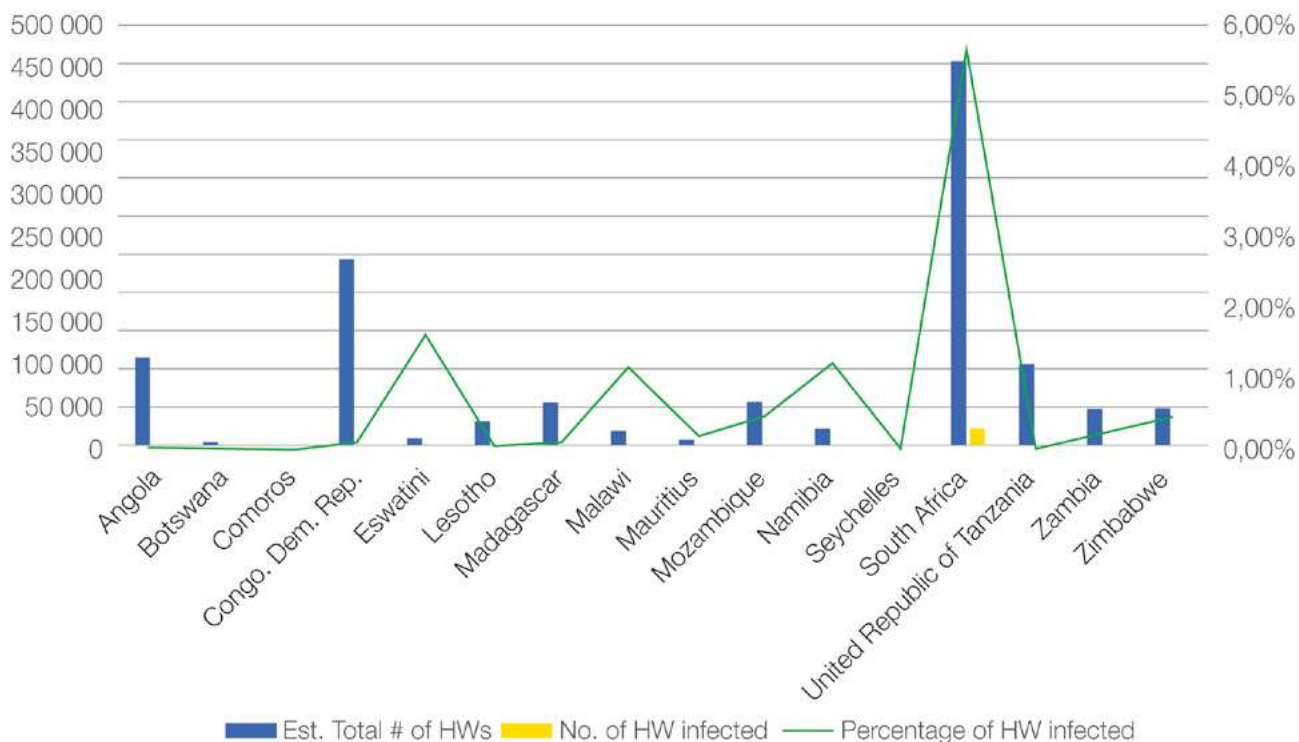


Figura 4: Níveis de Infecção do pessoal da Saúde pela COVID-19 na região da SADC

Fonte: WHO COVID-19 External Situation Report 27

Em Setembro de 2020 a OMS lançou a Carta de Segurança dos Trabalhadores da Saúde, que estabelece directrizes sobre a garantia de condições seguras de trabalho, formação, compensação e respeito que o pessoal de saúde merece. Esta Carta apela aos Governos e a outros intervenientes do sector da saúde a nível local a realizarem cinco acções para melhor protegerem o pessoal de saúde; as referidas acções incluem medidas de prevenção contra a violência, melhoria da sua saúde mental, protecção contra os riscos físicos e biológicos, promoção de programas nacionais de segurança no trabalho, a ligação entre as políticas de segurança do pessoal da saúde e as actuais políticas de segurança dos pacientes.<sup>4</sup> Em função do acima exposto, recomenda-se que a SADC priorize uma rápida avaliação do impacto da COVID-19 no seio do pessoal da saúde e subsequente adopção de medidas interventivas adicionais para lidar com os impactos desta pandemia na região.

<sup>4</sup> Fonte: WHO's Health Worker Safety Charter, September 2020



## 2.6 Quadro do Potencial de Recursos Humanos no sector da Saúde da SADC

**Fundamentação para adopção de Quadro Comum de Recursos da SADC:** Embora os Estados Membros da SADC continuem a formar um número significativo de profissionais de saúde, a migração excessiva do pessoal da saúde é também um desafio pois alguns quadros da saúde procuram emprego em sistemas de saúde com melhores recursos fora dos seus países de origem. No entanto, apesar da importância da migração dos profissionais de Saúde, as estimativas permanecem imprecisas, prejudicadas pela má recolha de dados administrativos (Azose, 2019). Além disso, alguns Estados Membros não têm capacidade nacional adequada para formar certos quadros na área da saúde a nível de graduação e pós-graduação, sobretudo médicos especialistas (SADC 2019). Eles dependem do recrutamento externo para preencher lacunas críticas na prestação de serviços de saúde. Isso levou a uma decisão dos Estados Membros da SADC de desenvolver um mecanismo de reservas do pessoal no sector da saúde onde os países que não podem produzir localmente os seus quadros podem recrutar de outros países. Prevê-se que seja aplicável tanto a profissionais de saúde especialistas como a não especialistas.

Existem protocolos orientadores relacionados com o recrutamento do pessoal da saúde, por exemplo o Código de Prática da Commonwealth para o Recrutamento Internacional de Trabalhadores de Saúde (2003), a Declaração de Kampala (2008), e o Código de Prática da OMS para o Recrutamento Internacional do pessoal da saúde (2010). O Código da OMS foi influenciado pelas experiências de migração descontrolada do pessoal da saúde dos países em desenvolvimento e estabelece um guião para um quadro regional da SADC sobre recrutamento internacional. São igualmente aplicáveis as normas internacionais relevantes sobre migração laboral, incluindo a Convenção (revista) sobre Migração para o Emprego, 1949 (N.º 97) e a Recomendação (revista) sobre Migração para o Emprego, 1949 (N.º 86); a Convenção (disposições complementares) sobre Trabalhadores Migrantes, 1975 (N.º 143) e a Recomendação (n.º 151) sobre Trabalhadores Migrantes, 1975; a Convenção (n.º 181) sobre Agências Privadas de Emprego, 1997, e a Convenção (n.º 183) sobre Protecção da Maternidade, 2000.

A Estratégia de Saúde para África 2007 - 2015 identificou, entre outros, os seguintes desafios relacionados com a mão-de-obra como contributo para os esforços de redução do peso da doença que estão a ser minados: falta de trabalhadores da saúde devidamente formados e motivados, capacidade do sector privado incluindo organizações não governamentais não totalmente mobilizadas; falta de acção e coordenação intersectorial; e lacunas na governação e liderança efectiva do sector da saúde. Estes factores desempenharão um papel na aplicabilidade e relevância do potencial de recrutamento do pessoal da saúde da SADC previsto. Estes factores desempenharão um papel na aplicabilidade e relevância do potencial de recrutamento do pessoal da saúde da SADC previsto.

É provável que a criação de um instrumento regional de recrutamento possa ter um impacto nos padrões de migração dos trabalhadores da saúde. Não há evidências existentes que apontem para qualquer país da SADC que tenha desenvolvido um sistema de monitorização da migração de trabalhadores da saúde (Mahlathi & Dlamini, 2015). Isso exige, portanto, que o Secretariado da SADC se torne a unidade organizativa mais bem colocada para desenvolver, gerir e controlar o potencial regional de recrutamento. Embora a implementação e a actividade real se situem a nível nacional, a integridade do sistema será da responsabilidade do Secretariado da SADC.



**Princípios orientadores:** Embora o Protocolo da UA ao *Tratado que institui a Comunidade Económica Africana Relativo à Livre Circulação de Pessoas, Direito de Residência* e Direito de Residência tenha como objectivo facilitar a implementação progressiva da livre circulação de pessoas, existem actualmente inibições relativamente à capacidade dos trabalhadores da saúde de atravessar fronteiras em busca de trabalho. A criação de um potencial regional de recrutamento do pessoal da saúde basear-se-á nos seguintes princípios:

- a. O Secretariado da SADC é o guardião do Potencial de recrutamento
- b. Na operacionalização do potencial de recrutamento, são tidas em consideração as normas laborais internacionais do Código da OMS e instrumentos políticos semelhantes que têm impacto na SADC
- c. O potencial é estabelecido com base na cooperação estruturada voluntária entre dois ou mais países
- d. O Potencial de recrutamento é desenvolvido e organizado com base nos quadros jurídicos, diplomáticos e políticos nacionais da SADC e da SADC
- e. Permite uma ampla participação de vários intervenientes, por exemplo, agências de saúde, prestadores de cuidados de saúde, instituições de ensino, instituições de pesquisa, órgãos reguladores/estatutários, ou outros intervenientes relevantes do sector da saúde
- f. Cada Estado-Membro deve criar / reforçar e manter uma base de dados actualizada de leis e regulamentos relacionados com o recrutamento do pessoal da saúde, incluindo a migração
- g. Cada Estado-Membro da SADC deve apresentar ao Secretariado da SADC dados relativos às suas necessidades de saúde que justifiquem a necessidade de recrutar a partir de outros Estados Membros

**Factores de Sucesso:** Este quadro é um mecanismo abrangente, e os seus princípios têm precedência. Os acordos bilaterais ou multilaterais anteriores a este mecanismo devem ser revistos e harmonizados com este quadro. Os acordos voluntários de cooperação bi ou multilateral podem ajudar a enfrentar os desafios do pessoal em matéria de saúde que muitas vezes obrigam os pacientes a viajar para fora dos seus países para encontrar cuidados adequados (Kroezen et al, 2017).

**Acreditação:** Refere-se ao reconhecimento da educação e formação que conduz à acreditação das qualificações dos profissionais de saúde.

**Diplomático:** Refere-se às relações políticas entre países e dentro da região que criam um ambiente propício à cooperação para desenvolvimento.

**Económico:** Refere-se ao comércio internacional e às relações económicas que têm impacto nos bens e serviços de saúde que, por sua vez, têm implicações financeiras consideráveis em áreas como os cuidados especializados.



- Legislativo:** Refere-se aos quadros institucionais, incluindo os requisitos legislativos dos profissionais registados, incluindo as políticas de emprego de profissionais de saúde não residentes.
- Social:** Abrange vários fatores, incluindo a cultura organizacional, a linguagem e as práticas socioculturais que afetam os comportamentos de comunicação e de busca da saúde da população.
- Liderança:** Refere-se à forma como o sistema nacional de saúde e as divisões organizacionais relevantes são conduzidas influenciam as atitudes dos trabalhadores e podem agir como atracção ou repelente aos profissionais da saúde, afectando assim a estabilidade do pessoal da saúde.



# CAPÍTULO 03



# ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS SOBRE O PESSOAL DA SAÚDE NA REGIÃO DA SADC

## 3.1 Introdução

Os Estados Membros da SADC têm experimentado um défice e um baixo investimento contínuo no número, disponibilidade e qualidade dos seus recursos humanos para a saúde. As causas variam de factores interrelacionados, tais como limitações na coordenação, a integração e o uso de modelos de planificação e projecção do pessoal da saúde para informar a prestação de serviços essenciais, e a limitada gestão estratégica e desenvolvimento do pessoal; que contribuem para os persistentes desequilíbrios de competências mistas, na alocação urbana versus rural, distribuição, retenção e a utilização eficaz do pessoal entre os países. Estas questões são ainda agravadas pelo impacto da mobilidade não regulamentada e descoordenada dos profissionais de saúde e da migração externa – tanto entre Estados Membros como para além da região da SADC. Neste contexto, e com base na anterior estratégia de Recursos Humanos da SADC com vista a cumprir as prioridades futuras coletivas de saúde e desenvolvimento da região da SADC, e as metas relacionadas com os ODS, este plano estratégico consolidado, baseado em evidências e calculado sobre pessoal da Saúde na região da SADC constitui a base para implementação do investimento com impacto na saúde, nas competências, no emprego e no crescimento económico.

## 3.2 Teoria da Mudança

O principal objectivo do Plano Estratégico do pessoal de Saúde da SADC é **permitir que os Estados Membros invistam no desenvolvimento do pessoal de saúde e no emprego digno como catalisador para alcançar uma cobertura universal da saúde**. A realização deste objectivo será impulsionada por intervenções informadas por uma teoria da mudança (TdM) ancorada em três (3) catalisadores estratégicos fundamentais, nomeadamente **prestação de contas e dados; parceria e diálogo; e aprendizagem e a tomada de decisões**. A figura 5 mostra a inter-relação de facetas desta teoria de mudança. Segue-se a descrição operacional destes catalisadores, extraída das recomendações da comissão sobre o emprego na saúde e o crescimento económico (HEEG).

- **Prestação de contas e Dados:** através do Comité Técnico de Recursos Humanos para a saúde da SADC, Iniciar e adoptar um mecanismo para informar políticas e decisões baseadas em evidências relacionadas com investimentos e gestão eficiente do pessoal da saúde. A prestação de contas seria conseguida através de dados sólidos, investigação e análise dos mercados de trabalho no sector da saúde, utilizando métricas e metodologias harmonizadas para reforçar as evidências, a prestação de contas e a acção.





- Parceria e diálogo:** denota colaboração e diálogo com vários sectores e partes interessadas a nível nacional, regional e internacional para apoiar investimentos na mão-de-obra da saúde. Por exemplo, espera-se que os Estados Membros instituíam um mecanismo destinado a reforçar a colaboração entre os ministérios da Saúde e do Trabalho, a fim de criar um cenário de investimento para competências, educação e emprego dos profissionais da Saúde. Além disso, através de uma colaboração reforçada entre faculdades de ciências da saúde na região - incluindo a designação de centros regionais de formação de excelência onde serão reservadas vagas dedicadas a formações especializadas para os Estados Membros sem essa capacidade de formação, quadros de competência normalizados e mecanismos reguladores profissionais em toda a região entre outras intervenções.
- Aprendizagem e tomada de decisões:** Isso implica a criação de uma plataforma política e de diálogo social no âmbito do Comité Técnico de Recursos Humanos para a saúde da SADC, onde os gestores do pessoal de saúde e os parceiros sociais têm a oportunidade de moldar a agenda, tomar decisões colectivas e enfrentar os principais desafios através da implementação de acções e intervenções prioritárias do pessoal. Esta plataforma consultiva e de aprendizagem multi-parceiros servirão também como uma rede de apoio entre pares e um mecanismo chave de prestação de contas para a implementação da estratégia.

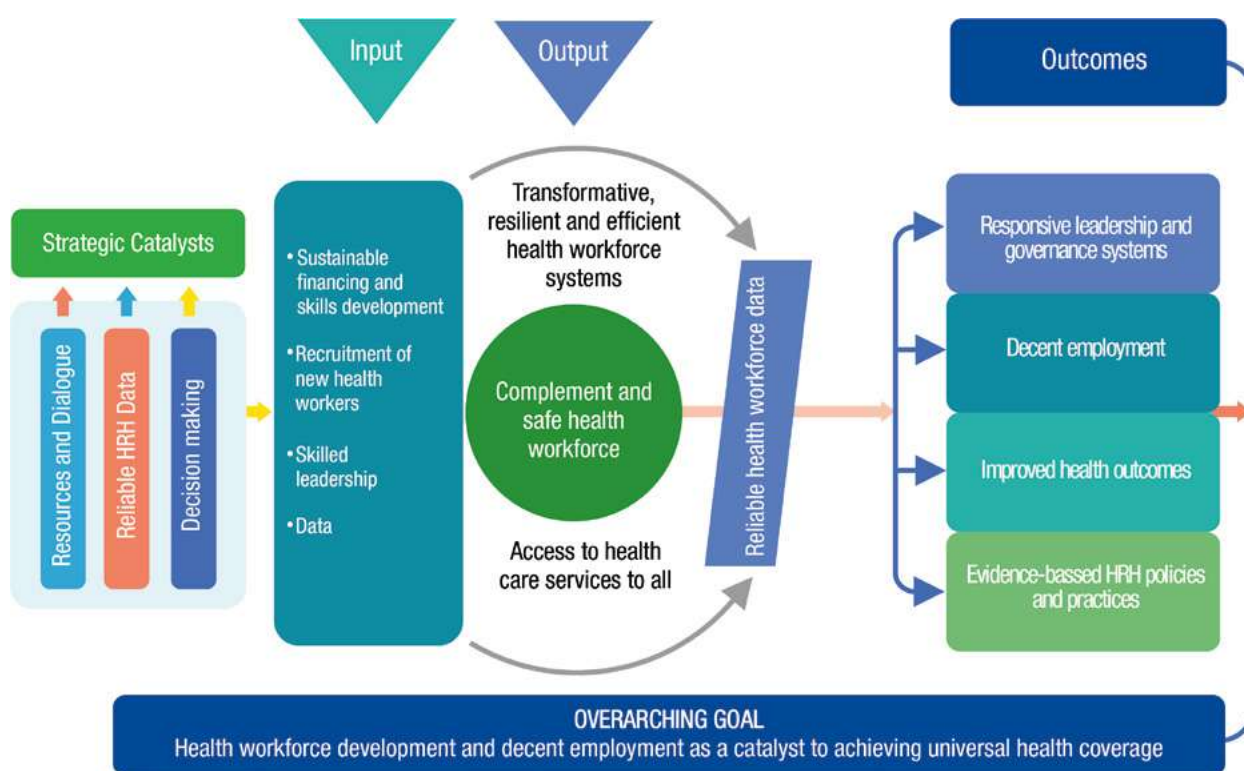


Figura 5: Teoria da Mudança



## 3.3 Intervenções e Orientações Estratégicas

O Plano Estratégico 2020-2030 do pessoal de Saúde da SADC tem cinco (5) orientações estratégicas (OEs), a saber: (1) Investir em empregos de profissionais de saúde e emprego decente, (2) Harmonizar a Educação, Formação e Desenvolvimento, (3) Estabelecer as melhores práticas na liderança e Gestão Estratégica da RHSS, (4) Melhorar a governação e regulamentação do pessoal de Saúde, e (5) Desenvolver e utilizar Dados Fiáveis, Sistemas de Monitorização e Avaliação. Cada Orientação Estratégica tem um conjunto de intervenções que informarão a atribuição de recursos para a realização do plano. Um quadro de execução (Capítulo 4) especifica as medidas, com prazos, que devem ser tomadas pelos Estados Membros e parceiros da SADC.

### 3.3.1 Orientação Estratégica (OE) 1: Investimento na mão-de-obra da saúde Emprego

O emprego e o trabalho decente no sector da saúde são fundamentais para garantir o funcionamento eficaz de sistemas de saúde resilientes; uma condição prévia para fazer face à escassez de mão-de-obra no sector da saúde e alcançar a equidade no acesso a serviços de saúde de elevada qualidade para todos. Isto deverá incluir a planificação, a formação e a absorção de profissionais de saúde com formação e de novos licenciados. De igual importância é assegurar que estes trabalhadores da saúde sejam atraídos, destacados, devidamente apoiados, habilitados, retidos e adequadamente protegidos em ambientes comunitários e de instalações onde a necessidade é maior. É igualmente importante que o financiamento dos programas de RHSS e das intervenções para aumentar o emprego e as competências seja impulsionado através de investimentos significativos que garantam a saúde, o impacto económico e de desenvolvimento e a sustentabilidade. O objectivo é garantir dotações orçamentais adequadas dos Ministérios das Finanças e investimentos adequados dos Ministérios da Saúde, do Trabalho, da Educação e de outros sectores sociais em programas que garantam a sustentabilidade da disponibilidade e do investimento de RHSS para catalisar a criação de empregos decentes e melhorar as competências, alinhados com a Estratégia Nacional de Recursos Humanos para a saúde do país. Tal baseia-se na utilização inteligente dos recursos existentes através de um investimento eficiente na RHSS. A seguir, são intervenções-chave para impulsionar os investimentos em empregos de mão-de-obra de saúde e emprego decente.

- OE1.1** Desenvolver Planos de investimento do pessoal no sector da saúde com base em evidências sólidas que quantificam as necessidades, as exigências e a oferta de mão-de-obra no sector da saúde que respondem às necessidades da população e realidades económicas.
  
- OE1.2** Expandir o espaço orçamental para o sector da saúde para permitir o aumento dos investimentos em mão-de-obra qualificada em saúde, emprego decente e retenção de trabalhadores da saúde em conformidade com o Plano Nacional de investimento do pessoal na área da saúde.



- OE1.3** Desenvolver políticas e programas de saúde e segurança no trabalho que protegem os trabalhadores da saúde dos perigos e riscos profissionais, em conformidade com a legislação nacional e apoiados por mecanismos eficazes de aplicação da lei em conformidade com as normas internacionais de trabalho relevantes, bem como com o Quadro Global Conjunto OIT-OMS para Programas Nacionais de Saúde Ocupacional para Trabalhadores da Saúde.
- OE1.4** Melhorar as condições de trabalho e a remuneração dos profissionais de saúde incluindo salários competitivos e equitativos em termos de género, orientados por um pacote de remuneração de referência da SADC, para melhorar a retenção e reduzir a rotatividade.
- OE1.5** Integrar a igualdade de género nas estratégias e abordagens do pessoal do sector da saúde. Isto inclui o reforço das políticas e estratégias para promover e assegurar a igualdade de oportunidades, a participação e o tratamento dos homens e mulheres, incluindo a igualdade de remuneração por trabalho de igual valor, e o desenvolvimento de legislação, políticas e medidas adequadas ao género para um local de trabalho no sector da Saúde livre de violência e assédio.

### 3.3.2 Orientação Estratégica (OE) 2: Harmonização da Educação, Formação e Desenvolvimento

Educação de qualidade, a formação e o desenvolvimento contínuo são ingredientes fundamentais de um sistema de saúde funcional. Os Estados Membros devem desenvolver políticas eficazes destinadas a facilitar a transição da educação e da formação para o trabalho, com ênfase na integração efectiva dos jovens na mão-de-obra de saúde. As melhorias em curso para garantir que a mão-de-obra no sector da saúde obtenha e aplique as habilidades e competências relevantes para responder às necessidades actuais e futuras contribuirão para a prestação de cuidados e serviços de saúde de qualidade. Por conseguinte, é essencial desenvolver e melhorar continuamente a qualidade dos programas de educação e formação para produzir e melhorar a futura base de habilidades e competências do pessoal. Os Estados Membros darão prioridade às seguintes intervenções para a harmonização da Educação, Formação e desenvolvimento:

- OE2.1** Acreditação harmonizada dos programas de formação e de institutos de formação em saúde.
- OE2.2** Aumentar a formação de profissionais de saúde especializados de acordo com as actuais e imergentes necessidades de saúde da população em todos os Estados Membros.
- OE2.3** Garantir o acesso a oportunidades de educação na saúde com base em princípios de igualdade e acessibilidade de preços, incluindo a juventude e as mulheres.
- OE2.4** Reforçar a cooperação e a colaboração entre as faculdades de Ciências da saúde na região-incluindo a designação de centros regionais de formação de excelência em que serão reservadas faixas horárias dedicadas a formações especializadas para os Estados Membros sem essa capacidade de formação.



- OE 2.5** Criar um programa de desenvolvimento do pessoal no sector da saúde da SADC que proporcione ou facilite a aquisição de bolsas de estudos competitivas e fundos de investigação para pesquisa do pessoal de saúde.

### 3.3.3 Orientação estratégica (OE) 3: Desenvolver e adoptar as melhores práticas em Liderança e Gestão Estratégica da RHS

Uma das principais razões para a escassez prolongada e persistente de mão-de-obra no sector da saúde e para o baixo investimento em todos os Estados Membros é a falta de planificação, de política e de capacidade de decisão baseados em evidências. Para impulsionar as reformas e o investimento na mão-de-obra no sector da saúde, é necessária uma massa crítica de gestores, analistas e planificadores de Recursos Humanos habilitados, competentes e qualificados, a fim de garantir que os Estados Membros tenham capacidade para a gestão, planificação e desenvolvimento estratégicos dos recursos humanos. Trata-se de permitir escolhas políticas informadas e fundamentadas que se traduzam em planos de implementação e investimento passíveis de acção para a mão-de-obra no sector da saúde. Os esforços nesta orientação estratégica visam assegurar o desenvolvimento de sistemas e ferramentas para melhorar a liderança e gestão sistémica de RHS; bem como a melhoria da capacidade e da capacidade dos profissionais de RH em matéria de planificação, recursos, desenvolvimento e gestão do pessoal no sector da saúde. As intervenções prioritárias no âmbito desta orientação estratégica incluem:

- OE3.1** Estabelecer (para os Estados Membros que actualmente não têm) Departamentos / Direcções de RHS no Ministério da Saúde / Agências de prestação de serviços para defender a integração das questões relativas ao pessoal do sector da saúde em todas as políticas e intervenções de saúde a todos os níveis do sistema de saúde.
- OE3.2** Fortalecer a capacidade dos Estados Membros na análise do mercado de trabalho da saúde, planeamento, desenvolvimento e gestão de RHS através da aplicação de ferramentas baseadas em evidências.
- OE3.3** Instituir uma formação em desenvolvimento da capacidade de liderança do pessoal da saúde para gestores de RHS na região.
- OE3.4** Instituir um fórum anual da SADC de gestores do pessoal da saúde e dialogo de parceiros sociais para discutir os progressos e desafios na implementação de intervenções prioritárias e também servir como mecanismo de apoio entre pares e de prestação de contas.
- OE3.5** Reforçar a colaboração e o diálogo social entre todas as partes interessadas e reforçar, a nível nacional e regional, os mecanismos de coordenação entre governos, trabalhadores, empregadores e outras partes interessadas relevantes para promover o trabalho decente no sector da saúde.



### 3.3.4 Orientação Estratégica (OE) 4: Reforço da Governação e Regulamentação do Pessoal no sector da Saúde

A maioria das classificações de profissionais de saúde estão regulamentadas. Assim, a forma como as profissões da área de saúde são regidas e regulamentadas reflecte de forma significativa a influência que exercem para além das estruturas formais. Os sistemas de governação profissionais específicos são, em parte, aqueles em que os profissionais derivam a autoridade profissional associada através da licença e são guiados por códigos deontológicos. A liderança dos profissionais de saúde deve ser imersa na melhoria dos sistemas e mecanismos de governação, em consonância com as expectativas da sociedade e com a aplicação das melhores práticas. Os Estados Membros da SADC têm a responsabilidade de estabelecer e permitir mecanismos reguladores que assegurem a supervisão de todos os aspectos da RHS, especialmente a educação, formação, prática e migração. A consecução desta Orientação Estratégica dependerá de permissão concedida aos líderes dos trabalhadores da saúde para abordarem os desafios contextuais da evolução das prioridades e sistemas de saúde, assegurando ambientes regulamentares justos, desenvolvimento de competências na concepção de políticas, gestão, e geração de evidências. Os Estados Membros implementarão as seguintes intervenções prioritárias para melhorar a governação e a regulamentação do pessoal no sector da saúde.

- OE4.1** Estabelecer (para os Estados Membros que não dispõem actualmente) organismos reguladores do pessoal para todas as profissões do sector da saúde, a fim de manter as normas profissionais e salvaguardar a segurança pública).
- OE4.2** Desenvolver um quadro da SADC com critérios de conformidade para reconhecimento recíproco das profissões da saúde, educação e qualificação através da adopção de conteúdos curriculares mínimos e da harmonização de mecanismos regulamentares.
- OE4.3** Reforçar as estruturas de governação do pessoal no sector da saúde através da partilha de boas práticas e das orientações pertinentes da OMS.
- OE4.4** Instituir um mecanismo para fomentar a colaboração e cooperação multisectorial entre os sectores público e privado para criar sinergias através da partilha de RHS.



### 3.3.5 Orientação Estratégica (OE) 5: Desenvolver Sistemas Fiáveis de geração de dados, Monitorização e Avaliação

Os Estados Membros continuam a enfrentar desafios em matéria de recolha, análise, utilização, monitorização e avaliação de dados. Isto é atribuído a uma variedade de factores, incluindo as limitações em TICs, a capacidade de interoperabilidade dos dados e a dependência de sistemas manuais. Há também desafios trazidos pela falta de sistemas avançados de informação de Recursos Humanos (HRIS), incluindo sistemas que são inadequados para atender às suas necessidades e exigências de informação. Os Estados Membros da SADC devem procurar aplicar evidências e dados sólidos para orientar a política e a planificação e investimento do pessoal no sector da saúde. Além disso, devem monitorar e informar regularmente os principais indicadores de RHS e as métricas em toda a região. Esta Orientação Estratégica visa guiar o desenvolvimento de sistemas e capacidades de informação sobre Recursos Humanos em todos os Estados Membros, com instrumentos e orientações adequados para a gestão eficiente do pessoal no sector da saúde. Os Estados Membros reforçarão os sistemas de dados, monitorização e avaliação através das seguintes intervenções:

- OE5.1** Desenvolver e/ou reforçar o sistema de informação sobre recursos humanos que seja modulável e interoperável com sistemas de informação de saúde de rotina.
- OE5.2** Reforçar a implementação das Dados Nacionais do pessoal da saúde (NHWA) e dos Observatórios de Recursos Humanos para melhorar a disponibilidade, qualidade e utilização dos dados para a tomada de decisões e elaboração de políticas.
- OE5.3** Melhorar o diálogo Multisectorial para uma melhor gestão do pessoal no sector da saúde através dos Observatórios de NHWA e RHS.
- OE5.4** Desenvolver as competências do pessoal de RHS através de ferramentas e directrizes fiáveis para a monitorização e elaboração de relatórios sobre indicadores-chave de RHS e indicadores de desempenho (específicos por país e regionais) em todos os Estados Membros da SADC.
- OE5.5** Desenvolver métricas integradas de indicadores de segurança do pessoal da saúde e integrar com o sistema de informação sobre saúde.



# CAPÍTULO 04





# MODALIDADES DE IMPLEMENTAÇÃO

Os esforços combinados dos Estados Membros são necessários para adaptar e implementar este Plano Estratégico do pessoal da saúde da SADC dentro das suas respectivas estratégias de RHS, saúde e desenvolvimento nacional mais amplas. O Secretariado da SADC fornecerá a plataforma de prestação de contas e o mecanismo de coordenação, acompanhamento e apresentação de relatórios sobre a implementação da estratégia em todos os Estados Membros.

## 4.1 Mecanismo de Implementação

O processo de implementação do Plano Estratégico deve adoptar uma abordagem multisectorial consultiva, envolvendo diferentes intervenientes, incluindo intervenientes não estatais (OSCs, OBFs/ONGs, sector privado, parceiros de desenvolvimento e de implementação), e intervenientes estatais (Ministérios, Departamentos e Agências Governamentais) a nível dos Estados Membros. O Plano Estratégico do pessoal no sector da saúde será implementado através dos planos de trabalho dos Estados Membros, que estabelecem e operacionalizam actividades mais pormenorizadas para intervenções prioritárias. Várias estruturas e partes interessadas serão fundamentais para garantir a prestação de contas e a execução do plano estratégico. A colaboração entre Estados Membros em termos de operacionalização e implementação do Plano Estratégico será levada a cabo através do Comité Técnico de Recursos Humanos para a Saúde da SADC, com o Secretariado da SADC a desempenhar um papel de coordenação global.

**Nível Político:** os Ministros da Saúde da SADC fornecerão orientações políticas globais de alto nível para informar a implementação do plano estratégico. Espera-se que este aspecto seja particularmente importante devido à necessidade de estabelecer uma colaboração intersectorial com os sectores/Ministérios da saúde e outros parceiros-chave, tais como educação, trabalho, segurança social, finanças e os Negócios Estrangeiros, entre outros. Os Ministros responsáveis pela saúde fornecem orientação política, liderança e responsabilidade pela implementação a nível dos Estados Membros.

**Nível operacional e técnico:** o Secretariado da SADC, através do Comité Técnico da SADC RHS, coordenará a implementação do plano estratégico. O Secretariado será igualmente responsável pela implementação de intervenções integradas, tais como a formulação do protocolo regional sobre a reserva de recursos para os trabalhadores da saúde, e pela coordenação das actividades de monitorização e avaliação. O Secretariado apresentará regularmente relatórios de progresso e planos aos Ministros para a tomada de decisões e aprovação.

## 4.2 Papel do Comité Técnico RHS da SADC

O Comité Técnico de RHS da SADC (Fórum de Gestores de RHS da SADC) será o braço de implementação do Secretariado da SADC com o objectivo de operacionalizar este Plano Estratégico. O Comité Técnico tem um papel fundamental na operacionalização da estratégia e na mobilização de recursos e apoio técnico, bem como na facilitação da partilha de informações, do apoio mútuo e da coordenação Multisectorial entre os parceiros que implementam iniciativas RHS a nível nacional e entre os Estados Membros. O Secretariado da SADC assegurará a coordenação e a prestação de contas pela implementação através dos Estados Membros e acelerará a ratificação de protocolos específicos a nível



regional, o desenvolvimento de mecanismos de execução e de um quadro institucional adequado para facilitar a implementação do plano estratégico.

As principais responsabilidades do Fórum dos gestores da RHS são a prestação de orientação e apoio técnico. Estes estão listados abaixo:

- Agir como elo-chave entre os Estados Membros e o Secretariado da SADC.
- Definir uma agenda regional para a adopção e implementação do plano estratégico do pessoal da Saúde.
- Monitorar e avaliar a implementação do plano estratégico.
- Aconselhar sobre a pesquisa de operações para identificar opções políticas baseadas em evidências.
- Promover a partilha das melhores práticas entre os Estados Membros.
- Promover a cooperação técnica entre os países em áreas como a educação do pessoal na área da saúde, especialmente os currículos, a regulamentação das profissões da saúde, o aconselhamento sobre estratégias de implantação e de retenção baseadas em evidências.
- Promover a integração da perspectiva do género em todos os aspectos do pessoal no sector da saúde, incluindo a promoção da colaboração intersectorial a nível regional e nacional.
- Apoiar os Estados Membros com formação sobre modelização, planificação do pessoal no sector da saúde, cálculo dos custos das estratégias nacionais em matéria de Recursos Humanos para a saúde e realização de análises do mercado de trabalho no sector da saúde.

### 4.3 Papel do Secretariado da SADC

O Secretariado da SADC desenvolverá um plano de assistência técnica (AT) para orientar o apoio aos Estados Membros que necessitem de conhecimentos especializados adicionais para a implementação de determinadas intervenções. As suas principais responsabilidades são a advocacia e a promoção do cumprimento por parte dos Estados Membros. Estes estão listados abaixo:

- Facilitar a apresentação de relatórios anuais pelos países utilizando um conjunto mínimo de indicadores essenciais de recursos humanos para a saúde, para a monitorização e prestação de contas pela Estratégia Regional.
- Apoiar os Estados Membros a estabelecerem e reforçarem a qualidade e a plenitude dos dados do pessoal do sector da saúde.
- Desenvolver um quadro multilateral da SADC sobre mobilidade do pessoal no sector da saúde (ou Potencial de mão-de-obra no sector da saúde) como mecanismo de recrutamento ético entre países de trabalhadores de saúde formados dentro da região da SADC.
- Adaptar, integrar e ligar a monitorização dos objectivos da estratégia Regional ao quadro de prestação de contas dos objectivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas.
- Apresentar recomendações para as medidas regionais a tomar pelos Estados Membros e pelas partes interessadas relevantes.
- Promover o papel das parcerias multisectoriais a nível nacional, incentivando o envolvimento formal regular com sectores como a educação, a segurança social, o tesouro, o trabalho, os doadores, ao passo que a nível regional, isso incluiria, por exemplo, organismos como a OMS, a Organização Internacional do trabalho, e outros.



**A nível dos Estados Membros (EM):** Os Ministérios ou Departamentos da Saúde coordenarão com sectores-chave incluindo o trabalho, emprego, educação e outros sectores sociais a implementação deste plano estratégico, com um enfoque específico em assegurar recursos e investimentos domésticos e doadores para a sua implementação; com ênfase na mobilização de fundos adicionais para impulsionar investimentos em competências, educação e emprego, e para capacitar a participação económica das mulheres e jovens no emprego e no trabalho decente no sector da saúde. Através do seu Comité Técnico RHS, o Secretariado da SADC trabalhará em estreita colaboração com os Estados Membros, incluindo instituições ou centros de excelência designados, bem como com parceiros regionais e internacionais para coordenar as estratégias e intervenções políticas específicas do País de integração nas suas estratégias nacionais de saúde e planos de implementação. Através da Direcção do Comité Técnico de RH da SADC, os Estados Membros irão assegurar que as iniciativas regionais sobre o pessoal da saúde sejam integradas nos seus planos de saúde, irão controlar a implementação de programas a nível do Estado Membro e irão fornecer feedback ao Secretariado da SADC. Para assegurar uma colaboração e envolvimento mais amplos no plano, os Estados Membros devem procurar estabelecer e/ou reforçar os mecanismos e plataformas de coordenação multisectoriais e multi-intervenientes de RHS existentes, incluindo os Observatórios de RHS a nível regional ou nacional.

## 4.4 Plano de implementação

A seguir o quadro básico de implementação que alinha o país ao Plano Estratégico do pessoal da saúde da SADC e que pode ser ajustado às condições do país. Reconhece-se que um Estado Membro pode ter metas/objectivos estratégicos adicionais do que os expressos no Plano Estratégico da SADC.

No entanto, estes devem, tanto quanto possível, ligar-se e relacionar-se com os objectivos estratégicos amplos, tal como defendidos pelo Plano Estratégico. Nota-se que a chave para uma implementação bem-sucedida desta estratégia inclui os Ministérios da Saúde que possuem pessoal com conhecimentos e competências adequados nos vários campos para permitir a sua operacionalização.

Uma vez que muitas das intervenções expressas em cada Orientação Estratégica fazem essencialmente parte de um processo, espera-se que os Estados Membros assegurem a harmonização para se adaptarem aos seus sistemas operacionais. Por conseguinte, as actividades e/ou intervenções não se limitam às mencionadas no presente documento. No decurso da execução deste plano estratégico, existem várias actividades que as autoridades / departamentos / divisões responsáveis a nível dos Estados Membros empreenderão. Estes irão variar em intensidade, período de aplicação e mesmo na natureza, dependendo de questões contextuais. Nas matrizes de execução que se seguem, a expressão “manter a actividade” parece indicar a necessidade de assegurar a manutenção da actividade que conduzirá à realização da meta/ objectivo.



## Orientação Estratégica 1: Investimento no Emprego e no Trabalho Decente para o pessoal da Saúde: Etapas, Actividades, Recursos e Cronologia das Actividades

OE1. Base de referência da Intervenção estratégica	Estado(s) Membro(s) prioritário(s)	Principais actividades	Recursos necessários	Cronologia das Actividades									
				2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
<p><b>OE1.1</b> Aumentar a densidade de médicos, enfermeiros e parteiras, de uma média de 1,02 para um mínimo de 4,45 por 1.000 habitantes (média da SADC) até 2030</p>	Todos os Estados Membros	<p>Análise do mercado de trabalho da área da Saúde/projecções baseadas em necessidades</p> <p>Estabelecer necessidades e lacunas de pessoal usando ferramentas baseadas em elementos concretos</p>	<p>Equipa de profissionais da Saúde (HWF) formada no uso de WISN para a distribuição de funcionários</p>	<p>Estabelecer necessidades de recrutamento/elaborar um plano de recrutamento</p>	<p>Fazer uma reestruturação organizacional</p>	<p>Rever as afectações dos funcionários</p>	<p>Monitorizar o progresso da implementação</p>	<p>Proseguir a actividade</p>	<p>Proseguir a actividade</p>	<p>Avaliar o impacto de acordo com as necessidades</p>	<p>Reajustar se necessário</p>	<p>Proseguir a actividade</p>	<p>Proseguir a actividade</p>
		<p>Recrutar pessoal adicional para a Saúde, de acordo com as projecções dos Estados Membros em termos de necessidades de recrutamento</p>	<p>Preenchimento de cargos a nível dos países</p>	<p>Identificar os cargos essenciais</p>	<p>Mobilização de recursos</p>	<p>Aumento na contratação de profissionais da Saúde</p>	<p>Proseguir a actividade</p>	<p>Proseguir a actividade</p>	<p>Avaliar e reajustar em conformidade</p>	<p>Proseguir a actividade</p>	<p>Proseguir a actividade</p>	<p>Avaliar e reajustar em conformidade</p>	<p>Proseguir a actividade</p>
<p><b>OE1.2</b> Até 2023, os Estados Membros iniciarão o alargamento do espaço orçamental em pelo menos 40% (ou 57% do orçamento para a Saúde), a fim de favorecer o aumento do investimento em trabalhadores especializados na área da Saúde</p>	Todos os Estados Membros	<p>Envolver os Ministérios das Finanças e do Trabalho para garantir um financiamento sustentável para a área da Saúde a partir de fontes nacionais, complementadas por fontes internacionais.</p>	<p>Planificadores de RHS, analistas de dados, instituições de ensino e de formação</p>	<p>Reforço de capacidades institucionais em matéria de análise do mercado de trabalho da área da Saúde e de planificação de profissionais da Saúde com base em necessidades</p>	<p>Análise abrangente do mercado de trabalho da área da Saúde, incluindo cenários de investimento</p>	<p>Diálogo político sobre o investimento em profissionais da Saúde</p>	<p>Integração dos planos estratégicos do sector da Saúde e Quadro/Plano nacional de desenvolvimento para a expansão do investimento em profissionais da Saúde</p>						<p>Implementação do alargamento do espaço orçamental acordada (textos orçamentais)</p>
			<p>Orçamentos anuais</p>	<p>Fórum de investimento em profissionais da Saúde SADC (Saúde, Finanças, Trabalho, sector público, sector privado, parceiros)</p>	<p>Construção de consensos a nível nacional sobre o alargamento do espaço orçamental para favorecer o investimento e o emprego de pessoal da Saúde</p>	<p>Implementação do alargamento do espaço orçamental acordada (textos orçamentais)</p>	<p>Implementação do alargamento do espaço orçamental acordada (textos orçamentais)</p>	<p>Implementação do alargamento do espaço orçamental acordada (textos orçamentais)</p>	<p>Dar seguimento ao Fórum de investimento em profissionais da Saúde da SADC</p>	<p>Construção de consensos a nível nacional sobre o alargamento do espaço orçamental para favorecer o investimento no pessoal da Saúde</p>	<p>Implementação do alargamento do espaço orçamental acordada (textos orçamentais)</p>	<p>Implementação do alargamento do espaço orçamental acordada (textos orçamentais)</p>	



OE1. Base de referência da Intervenção estratégica	Estado(s) Membro(s) prioritário(s)	Principais actividades	Recursos necessários	Cronologia das Actividades									
				2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
<b>OE1.3</b> Até 2023, os Estados Membros estarão a proteger continuamente os trabalhadores da Saúde de perigos e riscos profissionais	Todos os Estados Membros	Elaborar e implementar políticas e programas de saúde e segurança no trabalho	Legislação em matéria de saúde e segurança no trabalho	Examinar as políticas existentes em matéria de Saúde e segurança no trabalho (SST), bem como o impacto da COVID-19	Rever/elaborar o Protocolo sobre saúde e segurança no trabalho para o pessoal da Saúde da SADC	Seminário de criação de consensos da SADC sobre o novo Protocolo sobre SST para o pessoal da Saúde	Adopção e operacionalização pelos Estados Membros	Proseguir a actividade	Avaliação preliminar do impacto	Ajustar se necessário	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Avaliação e ajustamento
<b>OE1.4</b> Até 2023, os Estados Membros irão melhorar continuamente as condições de trabalho e a remuneração dos trabalhadores da Saúde	Todos os Estados Membros	Rever e pagar salários competitivos e equitativos em termos de género	Pacote de remuneração de referência nacional e da SADC	Realizar uma avaliação das condições de trabalho em toda a região da SADC	Elaborar um projecto de pacote de remuneração de referência da SADC	Consensos da SADC sobre a remuneração de referência e as condições de trabalho dos profissionais da saúde	Elaboração de um quadro/ planos de acção nacionais de implementação	Integração dos sistemas e processos nacionais	Integrar nas negociações plurianuais	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Avaliação e revisão	Proseguir a actividade
<b>OE1.5</b> Até 2025 os Estados Membros terão elaborado e implementado estratégias para integrar a igualdade do género no seio dos trabalhadores da Saúde	Todos os Estados Membros	Elaborar/actualizar e implementar estratégias e políticas de integração do género no seio dos trabalhadores da Saúde	Planificadores de RHS, analistas de dados, instituições de ensino e de formação	Analisar a integração do género no seio dos trabalhadores da Saúde	Elaborar ou actualizar políticas e estratégias relevantes	Implementar as intervenções de integração do género	Implementar as intervenções de integração do género	Implementar as intervenções de integração do género	Implementar as intervenções de integração do género	Implementar as intervenções de integração do género	Implementar as intervenções de integração do género	Implementar as intervenções de integração do género	Implementar as intervenções de integração do género



## Orientação Estratégica 2: Harmonização da Educação, Formação e Desenvolvimento: Etapas, Actividades, Recursos e Cronologia das Actividades

OE 2: Intervenção estratégica	Estado(s) Membro(s) prioritário(s)	Principais actividades	Recursos necessários	Cronologia das actividades									
				2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
OE2.1 Até 2026, os Estados Membros terão as componentes formação e desenvolvimento harmonizadas	Todos os Estados Membros	Realizar uma formação baseada em necessidades e uma avaliação das necessidades e capacidades	Planificadores de RHS, análises de dados	Formação em planificação e avaliação de capacidades	Estabelecer diálogo com os parceiros	Chegar a acordo e implementar	Consolidar e implementar programas	Avaliação contínua	Reavaliar	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Avaliar e fazer ajustamentos
	Secretariado da SADC/ Comité Técnico de RHS da SADC	Desenvolver <i>curricula</i> regionais padronizados baseados em competências Consolidar os quadros de competências nacionais em quadros regionais	Especialistas de <i>curricula</i> em educação em ciências da saúde	Reunir uma equipa de especialistas e adoptar os termos de referência	Avaliar/rever os quadros existentes, incluindo mecanismos regulamentares	Fazer os preparativos para a implementação	Implementar	Implementar	Avaliar o impacto imediato	Ajustar e manter a actividade	Proseguir a actividade	Realizar uma revisão aprofundada	Ajustar e prosseguir a implementação
OE2.2 Até 2027, os Estados Membros estarão a realizar formações especializadas viradas para profissões da área da Saúde, de acordo com as necessidades actuais e emergentes das populações em termos de saúde	Todos os Estados Membros	Realizar uma avaliação das necessidades especializadas e da capacidade de produção	Fóruns conjuntos dos Ministérios da Saúde/ Universidades/ Institutos de formação	Criar uma equipa especializada e realizar uma avaliação da capacidade de produção	Elaborar e negociar orçamentos plurianuais	Aprovar orçamentos, implementar e monitorizar	Monitorizar	Monitorizar	Avaliação intercalar	Ajustar sempre que necessário	Proseguir a actividade	Realizar uma avaliação aprofundada	Ajustar e prosseguir a implementação
OE2.3 Até 2027, os Estados Membros terão políticas de promoção do acesso às oportunidades de educação para a saúde, com base nos princípios de igualdade e acessibilidade, devendo-se incluir os jovens e as mulheres	Todos os Estados Membros	Realizar uma análise de lacunas no que diz respeito à inclusividade	Fóruns conjuntos dos Ministérios da Saúde/ Universidades/ Institutos de formação	Determinar o fosso na inclusividade dos jovens e das mulheres	Desenvolver estratégias e intervenções para colmatar o fosso	Implementar as intervenções	Monitorizar	Monitorizar	Avaliação intercalar	Ajustar sempre que necessário	Proseguir a actividade	Realizar uma avaliação aprofundada	Ajustar e prosseguir a implementação
OE2.4 Até 2025, os centros de formação regionais de excelência terão sido indicados	Secretariado da SADC e Estados Membros	Reforçar a cooperação e a colaboração entre as Faculdades de Ciências da Saúde na Região Elaborar um quadro para o reconhecimento mútuo dos títulos e das categorias dos trabalhadores da Saúde na região da SADC	Fóruns conjuntos dos Ministérios da Saúde/ Universidades/ Institutos de formação	Elaborar um Quadro de colaboração	Negociar com parceiros	Celebrar e implementar o acordo	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Reavaliar e ajustar	Proseguir a actividade	Realizar uma avaliação regional	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade
OE2.5 Até 2025, o Secretariado da SADC terá lançado o Mecanismo de desenvolvimento dos profissionais da saúde	Estados Membros da SADC	Facilitar a obtenção de bolsas de estudo competitivas e subvenções para investigação para o pessoal da Saúde	Fóruns conjuntos envolvendo a Equipa técnica da SADC e os Ministérios da Saúde/ Universidades/ Institutos de formação	Avaliar os programas existentes	Identificar programas elegíveis	Anunciar e atribuir bolsas	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Avaliar o impacto no desenvolvimento	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Realizar uma avaliação regional aprofundada	Proseguir a actividade





### Orientação Estratégica 3: Desenvolvimento e Adopção de Melhores Práticas na Liderança e Gestão estratégicas dos Recursos humanos do Sector da Saúde: Etapas, Actividades, Recursos e Cronologia das Actividades

OE3. Intervenção estratégica	Estado(s) Membro(s) prioritário(s)	Principais actividades	Recursos necessários	Cronologia das actividades									
				2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
<b>OE3.1</b> Até 2023, os Estados Membros irão promover a integração das questões relativas aos profissionais da Saúde em todas as políticas e intervenções ligadas à Saúde	Todos os Estados Membros	Criar (nos Estados Membros que não os tenham actualmente) Departamentos/ Direcções de RHS nos Min. da Saúde ou Agências de prestação de serviços	Estruturas organizacionais devidamente financiadas	Realizar uma avaliação de políticas	Fazer uma reestruturação organizacional e fazer reajustamentos orçamentais		Implementar as políticas aprovadas	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Fazer uma avaliação intercalar	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Realizar uma revisão/avaliação aprofundada
<b>OE3.2</b> Até 2026, os Estados Membros terão reforçado as suas capacidades de análise do mercado de trabalho na área da Saúde e de planificação, desenvolvimento e gestão de RHS	Estados Membros da SADC	Formação intensiva na aplicação de ferramentas baseadas em elementos concretos	Formadores especializados na análise do mercado de trabalho da área da Saúde	Mobilizar/organizar recursos de financiamento e de formação	Iniciar a formação regional e nacional		Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Avaliação intercalar	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Realizar uma avaliação aprofundada	
<b>OE3.3</b> Até 2024, a SADC terá estabelecido um mecanismo de apoio entre pares e um mecanismo de prestação de contas	Equipa Técnica de RHS da SADC	Instituir uma reunião ou fórum anual de diálogo entre gestores de profissionais da Saúde e parceiros sociais da SADC	Plataforma financiada	Elaborar termos de referência	Mobilizar financiamentos e criar uma plataforma		Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Fazer uma avaliação intercalar	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Realizar uma revisão/avaliação aprofundada
<b>OE3.4</b> Até 2027, os Estados Membros terão institucionalizado mecanismos de diálogo social entre governos, trabalhadores, empregadores e outras partes interessadas relevantes	Todos os Estados Membros	Criar um mecanismo de diálogo social dos profissionais da Saúde no âmbito dos Estados Membros e da Região	Programas de desenvolvimento de capacidades e formadores em RHS	Avaliar os mecanismos de diálogo existentes		Implementar um novo mecanismo de diálogo social		Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Fazer uma avaliação intercalar	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade





## Orientação Estratégica 4: Melhoria da Governação e Regulamentação dos Profissionais da Saúde: Etapas, Actividades, Recursos e Cronologia das Actividades

OE4. Intervenção estratégica	Estado(s) Membro(s) prioritário(s)	Principais actividades	Recursos necessários	Cronologia das actividades									
				2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
<b>OE4.1</b> Até 2021, os Estados Membros irão impor o cumprimento das normas profissionais e a salvaguarda da segurança pública	Todos os Estados Membros	Criar (nos Estados Membros que não os tenham actualmente) órgãos reguladores dos profissionais da Saúde para todas as profissões da área da Saúde	Legislação relevante e mecanismos de aplicação		Iniciar o processo de revisão legislativa (onde for necessário)		Divulgar o papel de Regulamentação das profissões da área de Saúde	Assegurar uma Regulamentação adequada	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade	Rever a legislação (se necessário)
<b>OE4.2</b> Até 2027, o Secretariado da SADC terá desenvolvido um quadro com critérios de conformidade rigorosos para o reconhecimento mútuo e recíproco das formações e qualificações nas profissões da Saúde	Secretariado da SADC	Elaboração e adopção de conteúdos curriculares mínimos e harmonização dos mecanismos regulatórios	Especialistas em curricula		Reunir especialistas		Desenvolver o Quadro e testar a sua aplicabilidade	Implementar de forma piloto (limitado)	Negociar para implementação regional	Monitorizar a implementação	Monitorizar a implementação	Monitorizar a implementação	Realizar uma avaliação regional do impacto
<b>OE4.3</b> Até 2026, os Estados Membros promoverão programas de intercâmbio entre eles, em particular no que se refere à transferência de competências	Estados Membros e Secretariado da SADC	Coordenação de bases de dados de profissionais da Saúde e outras partes interessadas relevantes	Bases de dados de RHS				Elaborar e formular o conceito	Abordar questões relativas à propriedade intelectual entre países	Implementar em regime piloto	Proseguir a actividade	Avaliar o impacto imediato	Avaliar e fazer ajustamentos	Proseguir a actividade
<b>OE4.4</b> Até 2026, os Estados Membros terão criado parcerias/colaborações multissetoriais (PPP) a fim de facilitar a partilha de recursos humanos do sector da Saúde	Estados Membros e Secretariado da SADC	Introduzir uma colaboração e cooperação multissetoriais bem regulamentadas entre os sectores público e privado	Legislação e mecanismos regulatórios	Analisar, comparar e criar sinergias entre países		Harmonizar com outros instrumentos globais	Implementar o programa		Monitorizar e avaliar o impacto		Fazer avaliação	Proseguir a actividade	Proseguir a actividade



## Orientação Estratégica 5: Desenvolver Sistemas fiáveis de Dados, Monitorização e Avaliação: Etapas, Actividades, Recursos e Cronologia das Actividades

OE5: Intervenção estratégica	Estado(s) Membro(s) prioritário(s)	Principais actividades	Recursos necessários	Cronologia das actividades									
				2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
<b>OE5.1</b> Até 2021, os Estados Membros terão Sistemas de Informação sobre Recursos Humanos (HRIS) aptos para gerar informações para acompanhar o ciclo de vida dos profissionais da saúde de ponta a ponta (produção - acção activa - saída)	Todos os Estados Membros	Introduzir sistemas de informação de saúde escalonáveis e interoperáveis de rotina	Peritos em TIC e dados	Avaiilar os sistemas existentes		Ajustar em conformidade		Utilização e prestação de relatórios regulares	Avaiilar o impacto	Prosseguir a actividade	Prosseguir a actividade	Avaiilar o impacto	Avaiilar os sistemas existentes
<b>OE5.2</b> Até 2023, os Estados Membros terão um registo dos profissionais da saúde para acompanhar os números existentes, a distribuição, os fluxos, as saídas, a procura e a oferta de profissionais da saúde	Todos os Estados Membros	Utilização regular dos Observatórios de NHWA e RHS	Dados dos Observatórios de NHWA e RHS	Acesso aos observatórios		Avaiilar o uso e o impacto na gestão da força de trabalho		Relatórios regulares	Relatórios regulares	Relatórios regulares	Relatórios regulares	Relatórios regulares	Relatórios regulares
<b>OE5.3</b> Até 2021, os Estados Membros terão melhorado o diálogo multisectorial para uma melhor gestão dos profissionais da Saúde	Todos os Estados Membros	Utilização regular dos Observatórios de NHWA e RHS	Dados dos Observatórios de NHWA e RHS	Acesso aos observatórios		Avaiilar o uso e o impacto na gestão da força de trabalho		Relatórios regulares	Relatórios regulares	Relatórios regulares	Relatórios regulares	Relatórios regulares	Relatórios regulares
<b>OE5.4</b> Até 2022, os Estados Membros terão institucionalizado as Contas nacionais relativas aos recursos humanos para a Saúde (NHWA) e estarão a produzir relatórios anuais	Todos os Estados Membros	Fortalecer a implementação das Contas nacionais relativas aos recursos humanos para a Saúde (NHWA) e dos Observatórios de recursos humanos	Gestão das Contas relativas aos recursos humanos para a Saúde por pessoas formadas	Avaiilar a base de competências	Formação e/ou actualização de competências		Utilização e prestação de relatórios regulares	Utilização e prestação de relatórios regulares	Avaliação e revisão	Utilização e prestação de relatórios regulares	Utilização e prestação de relatórios regulares	Utilização e prestação de relatórios regulares	Avaliação do impacto
<b>OE5.5</b> Até 2026, os Estados Membros terão indicadores de segurança integrada para os trabalhadores da saúde, com um sistema de informação para a Saúde	Todos os Estados Membros	Desenvolver índices padrões integrados de indicadores de segurança dos trabalhadores da saúde	Especialistas em saúde e segurança no trabalho	Desenvolver padrões e integrá-los no Sistema de Informação em Saúde (SIS)		Implementar e monitorizar	Prosseguir a actividade	Prosseguir a actividade	Avaiilar, rever e fazer ajustamentos	Prosseguir a actividade	Prosseguir a actividade	Prosseguir a actividade	Avaliação do impacto



## 4.5 Quadro de implementação de um Polo de recrutamento na SADC

O Polo de recrutamento da SADC será concebido de modo a conferir determinados deveres e benefícios a todos os que procuram utilizar o sistema. O sistema dará igualmente as seguintes garantias:

- Subscrever os princípios éticos aplicáveis ao Recrutamento Internacional de pessoal de saúde
- Alinhamento pelas normas internacionais do trabalho
- Protecção dos direitos do trabalhador da saúde (candidato a emprego)
- Garantir ao trabalhador da saúde assim recrutado direitos laborais que sejam proporcionais aos dos seus próprios trabalhadores da saúde
- Os trabalhadores da saúde assim recrutados não podem ser utilizados para substituir os cidadãos existentes que possam estar em conflito com a autoridade competente.

Alguns países podem já dispor de mecanismos de reciprocidade para o intercâmbio de competências. No entanto, quando não existe reciprocidade no reconhecimento do licenciamento para a prática, o país de recrutamento assume a responsabilidade de informar os potenciais candidatos dos requisitos específicos para o registo/licenciamento bem-sucedido. Continuará a ser da responsabilidade do candidato compreender e cumprir os requisitos jurisdicionais em torno do registo e da educação.

**Tabela 9: Principais Acções para a Implementação do Mecanismo de Recrutamento**

Acção	Benefício Previsto	Agente Implementador	Prazo
Criação de uma base de dados electrónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plataforma harmonizada de profissionais de saúde que procuram emprego</li> <li>• Intercâmbio de informações entre países e intervenientes no sector da saúde</li> </ul>	Secretariado da SADC  Estados - Membros	Até 2025
Desenhar Sistema de acordo com as categorias das profissões da saúde, especialista e não-especialista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista completa, incluindo todas as informações biográficas pertinentes</li> </ul>	Secretariado da SADC / Comité Técnico da RHSS	Até 2025
Conceber e desenvolver um formulário e um processo de registo formal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprovação uniforme por uma autoridade designada dos Estados Membros</li> </ul>	Secretariado da SADC / Comité Técnico da RHSS	Até 2024
Estabelecer mecanismos de verificação das qualificações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autenticação das qualificações académicas</li> </ul>	Secretariado da SADC / Comité Técnico da RHSS	Até 2023
Estabelecer um mecanismo de reconhecimento recíproco da licença e do registo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade para exercer em qualquer Estado-Membro que participe no agrupamento de recrutamento</li> </ul>	Secretariado da SADC / Comité Técnico da RHSS	Até 2024



# CAPÍTULO 05



# CAPÍTULO 5: CÁLCULO DOS CUSTOS DO PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO E DO PROCESSO DE INVESTIMENTO

O capítulo descreve em pormenor o nível de recursos necessários para o período da duração do Plano Estratégico do pessoal da saúde na SADC, incluindo uma estimativa orçamental indicativa dos fundos necessários por direcção/prioridade estratégica, défice de financiamento e estratégias que os Estados Membros e o Secretariado da SADC procurarão mobilizar.

## 5.1 Metodologia de cálculo dos custos do plano de Implementação.

A componente detalhada dos custos do Plano Estratégico ajuda a preparar as bases para a aplicação de um caso de investimento em mão-de-obra da saúde em toda a região da SADC, apoiando os Estados Membros a aplicar escolhas e abordagens de investimento nas suas respectivas estratégias específicas de mão-de-obra da saúde e planos de implementação. Além disso, quantifica as opções de investimento que são necessárias para implementar a iniciativa regional comum que são identificadas no plano estratégico RHS – por exemplo, a reserva regional de Recursos Humanos de saúde da SADC. Destina-se a facilitar um maior envolvimento regional e dos Estados Membros na utilização estratégica dos recursos e fazer escolhas para um maior espaço orçamental e um investimento adicional na mão-de-obra que também se baseie e maximize a eficiência do pessoal existente. Foi adoptada uma abordagem (Drummond et al., 2015) de macro-custo para a estimativa de custos da implementação do plano estratégico. Como princípio orientador, foi utilizada uma abordagem conservadora na identificação da utilização de recursos para estimar o custo na perspectiva do Secretariado da SADC e dos Ministérios da Saúde dos Estados Membros. Seguiu-se um processo (Culyer and Newhouse, 2000; Drummond et al., 2015; Morris et al., 2012) de cálculo de custos padrão com alguma adaptação para padronizar os custos unitários entre países. O processo incluiu a identificação das necessidades de recursos, a atribuição de um custo unitário normalizado, e a estimativa do custo agregado.

1. **Identificação das necessidades em recursos:** Os recursos necessários como contributos para a implementação das diferentes actividades das intervenções estratégicas foram obtidos directamente do plano de implementação (capítulo 4) do plano estratégico da SADC. Estes factores de produção/custos foram amplamente agrupados como:
  - Pacote de conferências (residenciais e não residenciais) para reuniões, formação, etc.
  - Assistência técnica (consultores)
  - Ajudas de custo diárias (DSA) / Per Diem
  - Impressão e divulgação de documentos
  - Computadores, Servidores
  - Custo do pessoal (Salários do recrutamento de novo pessoal e factura salarial existente)
2. **Atribuição de custos unitários padrão:** Há poucos dados comparáveis sobre os preços de bens e serviços nos Estados Membros da SADC; por conseguinte, os custos unitários foram triangulados a partir dos planos estratégicos predominantes dos Estados Membros e normalizados para



os dólares internacionais equivalentes em Paridade de Poder de Compra (PPC). Para converter os custos unitários específicos do país para um custo padrão em Dólares internacionais de PPC, que será aplicável em qualquer um dos Estados Membros, foi realizado o seguinte:

- a. Os custos unitários dos recursos necessários/custos (explicados no ponto 1 acima) foram retirados dos planos estratégicos de RHSS dos Estados Membros que tinham desenvolvido planos recentes (2018 ou posteriores), os quais foram avaliados e aprovados. Para cada artigo cujo custo unitário foi retirado de um país, esse país tornou-se a referência para esse artigo específico. O(S) custo (s) unitário (s) identificado (s) estava (m) na unidade monetária Local (UCL) do País de referência.
- b. A taxa de câmbio oficial do País de referência foi obtida a partir da base de dados do Banco Mundial e utilizada para converter o custo unitário da UCL para USD (World Bank, 2019).
- c. O Índice de Preços no Consumidor (IPC), um marcador da taxa de inflação foi retirado do Banco Mundial para ajustar o custo unitário ao seu valor actual em USD no país de referência.
- d. Converteu o custo unitário em USD corrente no país de referência, aplicando o rácio do nível de preços de um factor de conversão da paridade do poder de compra (PPC) para trazer o valor para dólares internacionais PPC. O custo unitário em dólares internacionais PPC foi então considerado como o custo unitário normalizado para qualquer elemento de custo posteriormente utilizado no cálculo de custos. Isto implica que se um Estado-membro desejar converter as estimativas de custos na sua unidade monetária local, o custo estimado em dólares internacionais PPC deverá ser multiplicado pelo factor de conversão específico do país que dará a equivalência actual em USD no país. A equivalência em USD deve então ser convertida para a moeda local usando a taxa de câmbio oficial.<sup>5</sup>

3. **Estimar o custo de orientações e intervenções estratégicas:** Utilizando os recursos identificados (etapa 1) e os custos unitários em PPC int. \$ (etapa 2), a quantidade e frequência das necessidades de recursos (no plano de implementação) foram combinadas para calcular as estimativas de custos utilizando a seguinte fórmula.

---


$$\text{Custo Total da Orientação Estratégica } i = \sum_j (\text{Recurso}_{j,i,k,m} \times \text{Custo Unitário}_j \times \text{frequência}_{j,k})$$

... equação 1

---

Onde

- O recurso<sub>ijkl</sub> é a quantidade de recurso, (j) necessário durante a actividade, (k) para a intervenção estratégica, (m) para a realização da Orientação Estratégica, (i)
- O custo unitário j é o custo unitário do recurso<sub>j</sub> em Dólares internacionais PPC,
- frequência<sub>j,k</sub> é o número de ocorrências (ou frequência) da actividade k durante o horizonte temporal do plano estratégico.

## 5.2 Limitação de Custos

As principais limitações das estimativas de custos estão relacionadas com a escassez e qualidade dos dados. Não existiam dados contemporâneos sobre os custos unitários de bens e serviços de diferentes estados membros que pudessem ser directamente comparados para aumentar a precisão das estimativas. Assim, o resultado dos custos é considerado como estimativas indicativas ordenadas,

<sup>5</sup> Fonte: <https://data.worldbank.org/indicator/PA.NUS.PPPC.RF>



que fornecem pontos de referência úteis para a advocacia e mobilização de recursos que podem ser refinados durante a orçamentação operacional dos estados membros para as actividades.

A estimativa dos custos relacionados com a mão-de-obra para formar e compensar os trabalhadores da saúde por cada Estado-Membro para a sua interpretação e implementação do plano estratégico é difícil de aferir. Não existem dados comparativos entre países e análises dos orçamentos globais do pessoal no sector da saúde, da remuneração do pessoal, e dos custos relacionados com a formação, alocação e retenção de trabalhadores no sector da saúde em toda a região. Os custos assumem, portanto, que estes custos serão determinados por cada Estado-Membro, com base nas suas necessidades específicas de contexto e análise de lacunas, mecanismos de financiamento interno, orçamentos do sector da saúde, e despesas de mão-de-obra no sector da saúde - incluindo o custo directo da formação de novos trabalhadores no sector da saúde, e os custos salariais e de compensação recorrentes necessários para sustentar a mão-de-obra. A este respeito, cada Estado-Membro terá de efectuar uma análise exaustiva das necessidades de investimento, a fim de desenvolver um caso Nacional de investimento do pessoal no sector da saúde.

Do ponto de vista metodológico, a abordagem adoptada neste exercício de cálculo de custos bem documentada, mas a variabilidade entre o fundamental económico dos Estados Membros da SADC reduz a aplicabilidade da utilização do custo-padrão em todos os países. Além disso, a recessão económica em curso e prevista ocasionada pela pandemia COVID-19 é susceptível de distorcer ainda mais os fundamentos económicos, pelo que os dados invocados para esta análise poderão em breve estar desatualizados. Por conseguinte, será imperativa uma revisão das estimativas de custos com dados melhorados quando a pandemia da COVID-19 e o seu impacto económico se atenuar.

### 5.3 Custo estimado da operação do Plano Estratégico

O custo global estimado de implementação do plano estratégico é de aproximadamente US\$15,7 milhões ao longo do período de 10 anos. Deste montante, cerca de 35% (5,6 milhões de dólares) seriam necessários tanto no secretariado da SADC como nos Estados Membros para gerar evidências, facilitar o diálogo político, e mobilizar recursos para aumentar substancialmente os investimentos a fim de expandir aproximadamente 40% do emprego do pessoal no sector da saúde durante o período de 10 anos (Orientação Estratégica 1). Este custo, contudo, exclui o custo da formação e remuneração dos trabalhadores da saúde nos Estados Membros, que uma análise país por país é altamente recomendada como parte do desenvolvimento do caso de investimento a nível dos Estados Membros.

Além disso, serão necessários cerca de 32% do custo estimado ou aproximadamente 5,1 milhões de dólares a nível do secretariado da SADC e dos Estados Membros para desenvolver e institucionalizar sistemas, mecanismos e capacidade de geração de dados e evidências fiáveis que apoiarão políticas, estratégias e gestão operacional do pessoal no sector da saúde em todos os Estados Membros (Orientação Estratégica 5). A harmonização da educação e da formação do pessoal da saúde em todos os Estados Membros custará aproximadamente US\$1,8 milhões de dólares, ou seja, 12% do custo total, enquanto US\$2,3 milhões (15% do custo total) são necessários para fortalecer a liderança do pessoal da saúde nos Ministérios da Saúde e melhorar as melhores práticas na gestão dos recursos humanos para uma melhor retenção e melhor motivação dos trabalhadores da saúde. Cerca de 6% do custo total (US\$ 947.422) serão necessários para reforçar a governação do pessoal da saúde e os mecanismos reguladores. A repartição detalhada em cada uma das Orientações Estratégicas e intervenções propostas está resumida na tabela 10 abaixo. O custo estimado da operacionalização do Plano Estratégico a nível nacional e os principais factores de custo resumidos no anexo 2.





**Tabela 10: Estimativa do Custo da Implementação do Plano Estratégico**

Orientação Estratégica	Intervenções estratégicas	Custo estimado por ano (1.000 Int. \$ PPP)											
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total	
OE 1: Investimento no Emprego e no Trabalho Decente na área da Saúde	OE 1.1 Estratégias para aumentar a densidade de médicos, enfermeiros e parteiras, de uma média de 1,02 para um mínimo de 4,45 por 1.000 habitantes (média da SADC) até 2030	156,4	591,2	1 940,9									2 688,4
	OE1.2 Até 2023, os Estados Membros iniciarão o alargamento do espaço orçamental em pelo menos 40%, a fim de favorecer o aumento do investimento em trabalhadores especializados na área da Saúde	626,8		136,0	262,5	544,5		200,9					1 770,6
	OE1.3 Até 2023, os Estados Membros estarão a proteger continuamente os trabalhadores da Saúde de perigos e riscos profissionais	20,9	163,0	170,0									353,9
	OE1.4 Até 2023, os Estados Membros irão melhorar continuamente as condições de trabalho e a remuneração dos trabalhadores da Saúde.	95,0	21,7		184,0								300,6
	OE1.5 Até 2024, os Estados Membros terão desenvolvido e implementado estratégias de integração da igualdade do género no seio dos trabalhadores da Saúde	95,0	353,8	42,2									491,0
<b>Subtotal</b>		<b>994,0</b>	<b>1 129,8</b>	<b>2 289,1</b>	<b>446,4</b>	<b>544,5</b>		<b>200,9</b>				<b>5 604,6</b>	
OE 2: Harmonização da educação, formação e desenvolvimento	OE2.1 Até 2025, os Estados Membros terão as componentes formação e desenvolvimento harmonizadas		473,4	170,0									643,4
	OE2.2 Até 2027, os Estados Membros estarão a realizar formações especializadas viradas para profissões da área da Saúde, de acordo com as necessidades actuais e emergentes das populações em termos de saúde			531,6									531,6
	OE2.3 Até 2027, os Estados Membros terão políticas de promoção do acesso às oportunidades de educação para a saúde, com base nos princípios de igualdade e acessibilidade, devendo-se incluir os jovens e as mulheres			253,1									253,1
	OE2.4 Até 2025, os centros de formação regionais de excelência terão sido indicados			385,3									385,3
	OE2.5 Até 2025, o Secretariado da SADC terá lançado o Mecanismo de desenvolvimento dos profissionais da saúde			0,0									0,0
<b>Subtotal</b>			<b>473,4</b>	<b>1 340,0</b>								<b>1 813,4</b>	
OE 3: Desenvolvimento e Adopção de Melhores práticas de liderança e de gestão estratégica dos RHS	OE3.1 Até 2023, os Estados Membros irão promover a integração das questões relativas aos profissionais da Saúde em todas as políticas e intervenções ligadas à Saúde		128,6										128,6
	OE3.2 Até 2025, os Estados Membros terão reforçado as suas capacidades de análise do mercado de trabalho na área da Saúde e de planificação, desenvolvimento e gestão de RHS			170,0									170,0
	OE3.3 Até 2024, a SADC terá estabelecido um mecanismo de apoio entre pares e um mecanismo de prestação de contas	156,4	163,0	170,0	177,2	184,8	192,6	200,9	209,4	218,3	227,6		1 900,3
	OE3.4 Até 2025, os Estados Membros terão institucionalizado mecanismos de diálogo social entre governos, trabalhadores, empregadores e outras partes interessadas relevantes		0,0			45,4						54,6	100,0
<b>Subtotal</b>		<b>156,4</b>	<b>291,7</b>	<b>340,0</b>	<b>177,2</b>	<b>230,2</b>	<b>192,6</b>	<b>200,9</b>	<b>209,4</b>	<b>218,3</b>	<b>282,2</b>	<b>2 298,9</b>	
<b>Custo total estimado</b>		<b>1 720,0</b>	<b>3 038,0</b>	<b>4 802,7</b>	<b>1 169,0</b>	<b>1 308,8</b>	<b>913,4</b>	<b>945,5</b>	<b>565,2</b>	<b>587,3</b>	<b>664,9</b>	<b>15 714,8</b>	



Orientação Estratégica	Intervenções estratégicas	Custo estimado por ano (1.000 Int. \$ PPP)											
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total	
OE 4: Governação e regulamentação dos profissionais da Saúde Melhoradas	OE4.2 Até 2025, o Secretariado da SADC terá desenvolvido um quadro com critérios de conformidade rigorosos para o reconhecimento mútuo e recíproco das formações e qualificações nas profissões da Saúde			297,7									297,7
	OE4.1 Até 2021, os Estados Membros irão impor o cumprimento das normas profissionais e a salvaguarda da segurança pública			206,4									206,4
	OE4.3 Até 2025, os Estados Membros promoverão programas de intercâmbio entre eles, em particular no que se refere à transferência de competências												
	OE4.4 Até 2025, os Estados Membros terão criado parcerias/colaborações multisectoriais (PPP) a fim de facilitar a partilha de recursos humanos do sector da Saúde	41,7				203,9	193,6	1,0	1,0	1,0	1,1		443,3
<b>Subtotal</b>		<b>41,7</b>		<b>504,2</b>		<b>203,9</b>	<b>193,6</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>947,4</b>	
OE 5: Criação de Sistemas fiáveis de monitorização e avaliação de dados	OE5.1 Até 2021, os Estados Membros terão Sistemas de Informação sobre Recursos Humanos (HRIS) aptos para gerar informações para acompanhar o ciclo de vida dos profissionais da saúde de ponta a ponta (produção - acção activa - saída)	135,7	684,4	34,0									854,1
	OE5.2 Até 2023, os Estados Membros terão um registo dos profissionais da saúde para acompanhar os números existentes, a distribuição, os fluxos, as saídas, a procura e a oferta de profissionais da saúde	157,1	162,9	169,0	175,3	181,8	188,5	195,6	202,8	210,4	218,2		1 861,5
	OE5.3 Até 2021, os Estados Membros terão melhorado o diálogo multisectorial para uma melhor gestão dos profissionais da Saúde				107,6	12,3	197,4						317,3
	OE5.4 Até 2022, os Estados Membros terão institucionalizado as Contas nacionais relativas aos recursos humanos para a Saúde (NHWA) e estarão a produzir relatórios anuais	235,2	122,0	126,5	262,5	136,1	141,2	347,3	151,9	157,6	163,4		1 843,7
	OE5.5 Até 2022, os Estados Membros terão indicadores de segurança integrada para os trabalhadores da saúde, com um sistema de informação para a Saúde		173,9										173,9
<b>Subtotal</b>	<b>528,0</b>	<b>1 143,2</b>	<b>329,5</b>	<b>545,3</b>	<b>330,2</b>	<b>527,1</b>	<b>542,9</b>	<b>354,7</b>	<b>367,9</b>	<b>381,6</b>		<b>5 050,5</b>	
<b>Custo total estimado</b>		<b>1 720,0</b>	<b>3 038,0</b>	<b>4 802,7</b>	<b>1 169,0</b>	<b>1 308,8</b>	<b>913,4</b>	<b>945,5</b>	<b>565,2</b>	<b>587,3</b>	<b>664,9</b>	<b>15 714,8</b>	



## 5.4 Potencial de espaço financeiro para investimentos do pessoal no sector da saúde na região da SADC

A análise preliminar utilizando dados dos Estados Membros da SADC apoia as evidências globais de que o investimento no tipo certo de intervenções e medidas políticas do pessoal da saúde poderia produzir um retorno do investimento de 9:1. Esta secção destaca a análise do espaço orçamental para a região da SADC e para cada um dos Estados Membros para os quais foram apresentados dados. Embora oito países tenham apresentado dados, estes conjuntos de dados não estavam completos, e dois países não forneceram quaisquer dados sobre o seu fornecimento previsto de RHSS. Assim, a extração de dados dos Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial, da Base de Dados de Despesas Globais em Saúde da OMS, do site da SADC e da base de dados da NHWA para aumentar onde for necessário para a modelização que seguiu a abordagem do mercado de trabalho da saúde e utilizando o Modelo de Desenvolvimento e Análise dos Serviços de Saúde (HeSDA) (Asamani, et al., 2018).

A procura económica de profissionais de saúde reflecte-se na capacidade e vontade de um país de pagar por profissionais de saúde. Isto estima o interesse comum do governo e do mercado privado na aquisição de cuidados de saúde, uma grande parte dos quais inclui o custo dos salários dos trabalhadores da saúde. A lógica subjacente a esta abordagem é que os países não vão gastar mais do que eles podem pagar em cuidados de saúde, mesmo que o seu nível de saúde ou nível de utilização de cuidados de saúde é insuficiente em relação a uma referência estabelecida internacionalmente (Scheffler et al., 2016). Por conseguinte, recomenda-se que as previsões baseadas na procura utilizem indicadores de crescimento económico global ou indicadores específicos do sector da saúde que representem despesas no sector dos cuidados de saúde.

Foi adoptada uma abordagem anterior para estimar linearmente o espaço financeiro (ver Caixa 2). Ao aplicar as fórmulas da Caixa 2 para estimar o espaço orçamental do sector público (procura) para o emprego dos trabalhadores da saúde, o crescimento previsto do PIB dos Estados Membros; as despesas de saúde das administrações públicas (GGHE) como percentagem do PIB; a proporção do GGHE gasta em salários e vencimentos dos trabalhadores da saúde foi retirada dos Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial e da Base de Dados da OMS sobre Despesas Globais de Saúde (GHED). Quando os dados sobre a contribuição do sector privado para o emprego do pessoal no sector da saúde não estavam disponíveis, a despesa privada com a saúde (como proporção da despesa corrente com a saúde) foi utilizada como um substituto.



## Caixa 2: Pressupostos Relativos Ao Espaço Financeiro

- **Espaço orçamental do Sector público para o ano,  $i$**  =  $(GGHE \text{ em } \% \text{ PIB}_i * \text{valor Nominal do PIB}_i) * RHSS \text{ Despesa em } \% \text{ GGHE}_i \dots (1)$
- **Capacidade Económica Cumulativa para o ano,  $i$**  =  $\text{Espaço orçamental do Sector Público}_i * (1 + \text{proporção de emprego de RHH no sector privado}) \dots (2)$

Onde:

- **$i$  = ano de referência**
- **GGHE = GGHE = Despesas Gerais Públicas com a Saúde**
- **PIB = Produto Interno Bruto**

**Notas:** *existem equações econométricas elaboradas e recomendadas para estimar a demanda de profissionais de saúde a partir de indicadores macroeconómicos e padrões de despesa com a saúde nos países. Com restrições de dados, estes conceitos orientaram a utilização das fórmulas acima referidas em que, de forma conservadora, se assumiu que se o governo continuasse a gastar proporção semelhante do PIB em saúde e proporção semelhante do GGHE em RHSS, sendo tudo igual, o espaço orçamental para RHSS seria proporcional à dimensão do PIB. Foi ainda assumido que o sector privado não iria contrair e que, de forma conservadora, uma proporção semelhante de emprego do sector privado iria continuar.*

Como mostra a tabela 7, estima-se que, em todos os Estados Membros da SADC, o espaço económico cumulativo para o emprego de trabalhadores da saúde é de cerca de 2,5 mil milhões de dólares americanos, o que provavelmente irá aumentar para 2,8 mil milhões de dólares em 2024 e 3,45 mil milhões de dólares em 2030. Utilizando a necessidade normativa mínima de trabalhadores da saúde (utilizando o limiar da OMS de 4,45 por 1.000 habitantes), o custo da necessidade é de cerca de 13,3 mil milhões de dólares americanos, que aumentará para cerca de 14,4 mil milhões de dólares americanos até 2024 e 16,3 mil milhões de dólares americanos até 2030.

Estima-se que os actuais e previstos níveis de oferta de profissionais de saúde custem 7,5 bilhões de dólares americanos em emprego de mão-de-obra de saúde em 2020, O que aumentará para pelo menos 8,8 bilhões de dólares americanos em 2030, se a tendência atual continuar. Assim, embora a oferta potencial possa satisfazer quase 89% das necessidades normativas mínimas, apenas 33% do número necessário pode ser financiado. O que precede sugere um défice de financiamento futuro significativo para a mão-de-obra da saúde se não forem prosseguidos esforços concertados para defender o aumento dos investimentos, incluindo o aproveitamento e a maximização do potencial do sector privado. Uma limitação fundamental nesta estimativa rápida e aproximada é que a contribuição dos parceiros de desenvolvimento na factura salarial da saúde não tem sido totalmente contabilizada.

A análise de oito Estados Membros que participaram na reunião técnica consultiva mostra que, na maioria dos casos, a actual produção ou oferta de trabalhadores da saúde fica aquém das necessidades agregadas dos países em termos de RHSS. Apenas três Estados Membros podem estar em condições de satisfazer as suas necessidades estimadas antes de 2030. Além disso, a procura acumulada ou a capacidade de pagamento (tanto no sector público como no privado) é superior à oferta de RHSS. Isso é evidente no número de trabalhadores expatriados que trabalham nesses Estados – Membros (ver figuras 5 a 12).



**Tabela 11: Estimativa do espaço financeiro e da viabilidade económica - Região SADC (milhões de dólares americanos)**

Variável	Estimativa		
	2020	2024	2030
Espaço orçamental do sector público para a RHSS	1,752.48	1,969.01	2,344.98
Procura económica do sector privado para RHSS	747,82	840,22	1,000.66
Espaço financeiro cumulativo (procura económica) para a RHSS	2,500.31	2,809.23	3,345.64
Custo estimado do stock/fornecimento de RHSS	7,496.97	8,770.39	11,097.34
Custo estimado das necessidades mínimas (limiar OMS)	13,293.67	14,408.09	16,257.30

## 5.5 Investimento no pessoal da Saúde na região da SADC

As evidências globais demonstraram que a contribuição do pessoal da saúde transcende o seu papel crítico na consecução da saúde (ODS 3), uma vez que foi estabelecida uma relação clara entre o investimento do pessoal da saúde e outros ODS, tais como os objectivos 4 (educação de qualidade), 5 (igualdade de género), e 8 (trabalho decente e crescimento económico), entre outros. No entanto, a mão-de-obra no sector da saúde tem sido uma das áreas mais afectadas pelas medidas de contenção de custos dos cuidados de saúde para libertar recursos para investimento em outras áreas concorrentes. Evidências recentes (Lauer et al., 2017) - como mostra a figura 7 - demonstraram pelo menos seis (6) vias causais através de investimentos de mão-de-obra no sector da saúde que (como parte das entradas do sistema de saúde) podem estimular o crescimento económico inclusivo para além do sector da saúde.

### Caixa 3: Via de saúde para o crescimento económico

- via de saúde-os benefícios intrínsecos (não avaliados pelo mercado) para a saúde do sistema de saúde;
- o percurso da produção económica que diz respeito aos benefícios económicos intrínsecos (avaliados pelo mercado) do sistema de saúde;
- o caminho da protecção social, abordando a doença, deficiência, desemprego e pensões de velhice, bem como a protecção financeira contra a perda de rendimentos e pagamentos catastróficos de saúde;
- a via da coesão social, abordando o papel de um sistema de saúde na promoção da equidade e na promoção da redistribuição e do crescimento;
- a via da inovação e diversificação, abordando o papel do sistema de saúde na condução do desenvolvimento tecnológico e na oferta de protecção contra choques macroeconómicos; e
- a via da segurança sanitária, abordando o papel do sistema de saúde na protecção contra surtos epidémicos e potenciais pandemias.



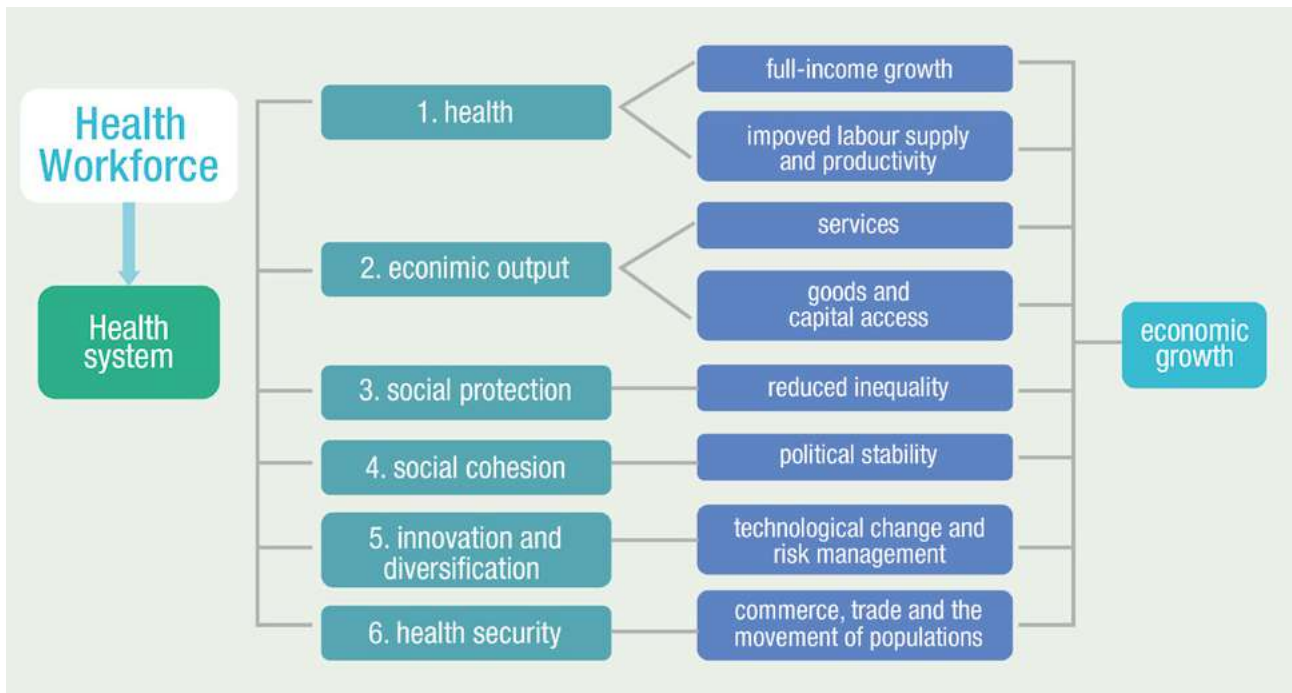


Figura 6: Percurso da saúde para o crescimento económico

Fonte: adaptado de (Lauer, et al., 2017)

Organização Internacional do Trabalho (OIT) analisou igualmente a contribuição do pessoal da saúde (Profissões da saúde) para o emprego na economia da saúde em geral, o que revelou que, uma vasta gama de trabalhadores e potenciais efeitos multiplicadores nas indústrias que fornecem bens e serviços para a saúde, o potencial de criação de emprego é ainda mais elevado, incluindo para os trabalhadores pouco qualificados. No que diz respeito ao emprego remunerado, as estimativas da OIT sugerem que globalmente, para cada emprego de ocupação de saúde (como médico, enfermeiro, fisioterapeuta), são gerados 1,5 empregos adicionais para trabalhadores em ocupações não relacionadas com a saúde (administração, limpeza, manufatura) tanto no sector da saúde como na economia mais vasta relacionada com a saúde. Tendo em consideração o trabalho adicional não remunerado de cuidados a idosos de longa duração, esta proporção aumentaria para 2,3 empregos não relacionados com a saúde por 1 emprego de ocupação de saúde. Esta abordagem considera todos os trabalhadores que produzem produtos relacionados com a saúde e prestam serviços, independentemente da sua profissão, do seu estatuto de emprego ou dos seus sectores económicos. Assim, a mão-de-obra foi estimada em 234 milhões de trabalhadores em todas as economias relacionadas com a saúde a nível mundial, consistindo em 71 milhões de trabalhadores em profissões de saúde, 106 milhões de trabalhadores remunerados em profissões não relacionadas com a saúde e 57 milhões de trabalhadores não remunerados em profissões não relacionadas com a saúde, na sua maioria pessoas que deixaram um emprego remunerado para prestar cuidados a familiares. A figura 8 resume o impacto das profissões da saúde no emprego na criação de emprego em diferentes grupos de países de rendimento.



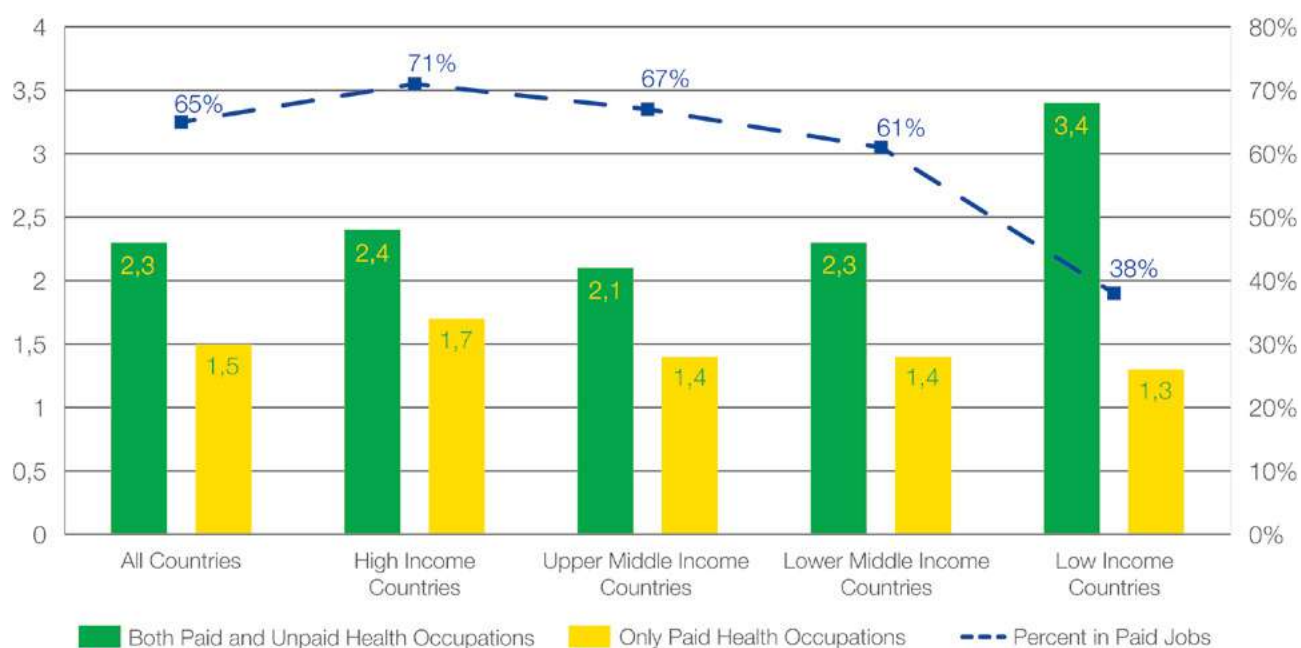


Figura 7: Rácio de trabalhadores de Ocupação Não-Sanitária (ONS) para trabalhadores de Ocupação Sanitária (OS), por grupo de rendimento, 2015

Fonte: adaptado dos cálculos da OIT, 2016

Ao investir nos 9,2 milhões de profissionais de saúde necessários em África até 2030 (o que inclui 3,1 milhões de oferta e 6,1 carências), existe o potencial para criar mais de 20 milhões de novos postos de trabalho na região, o que equivale a um aumento de 40% das actuais taxas de criação de emprego (World Health Organisation, 2016). Ao representar cerca de um terço da população na região de África, os esforços na SADC contribuiriam substancialmente para resolver as deficiências do mercado de trabalho na região.

Foi realizada uma análise rápida com dados limitados para examinar a influência dos investimentos do pessoal no sector da saúde em alguns indicadores económicos, a fim de aumentar as evidências globais para defender o aumento dos investimentos, bem como o reforço do diálogo social com empregadores, representantes dos trabalhadores e o envolvimento de outros intervenientes-chave. Devido aos desafios com a qualidade e exaustividade dos dados, foram aplicadas estimativas limitadas para explorar as relações entre a densidade do pessoal no sector da saúde e alguns indicadores de saúde e económicos. As correlações emergentes reforçam a evidência global conhecida de que o investimento na mão-de-obra de saúde proporciona um retorno significativo do investimento. A simulação mostrou que, no contexto da região da SADC, se a densidade do pessoal no sector da saúde, se aumentar colectivamente em uma unidade por 1.000 habitantes (ou seja, em aproximadamente 277.000), poderia aumentar a taxa de crescimento do PIB per capita em cerca de 39% até 2030 (adicionando cerca de 1.340 dólares do PIB per capita ao longo de 10 anos).<sup>6</sup> O retorno econômico do investimento varia entre 1: 6 e 1:11.

<sup>6</sup> A nível de cada país, a análise é válida em pelo menos 50% dos Estados Membros da SADC. Quando o rendimento nacional líquido per capita (atual US\$) ajustado é utilizado para a análise em vez do PIB per capita, o retorno é de cerca de 41% de aumento em 10 anos. A análise baseou-se nos dados apresentados pelos países (para os que participaram na reunião) acrescidos dos últimos dados disponíveis das bases de dados globais da SADC, da OMS e do Banco Mundial.





Em termos de impacto nos resultados de saúde, um aumento de investimento de 1 por 1.000 habitantes é também susceptível de estar associado a uma esperança de vida adicional de 4 a 8 anos à nascença; e uma redução na incidência do VIH (% da população não infectada com idades compreendidas entre os 15-49 anos) de 2,3%. Para desbloquear estes retornos seria necessário um aumento de pelo menos 9% nas despesas totais de saúde, dos quais 60% a 72% devem ser investidos no emprego e na criação de postos de trabalho no sector da saúde.

#### Caixa 4: Resumo do caso de investimento do pessoal na área da saúde

- O espaço orçamental cumulativo ou a procura económica de RHSS é inferior ao limiar de densidade de mão-de-obra determinado pela OMS necessário para alcançar a UHC.
- A partir dos dados disponíveis, a modelização projectada que se o emprego do pessoal no sector da saúde aumentasse uma unidade por cada 1.000 habitantes, acrescentaria 39% ao crescimento económico sub-regional em termos de PIB per capita. Isto representa um adicional de US\$1,340 no PIB per capita ao longo de dez anos e um retorno do investimento que varia entre 6:1 e 11:1.
- Estes investimentos também se relacionam com resultados positivos para a saúde, acrescentando oito anos adicionais à esperança de vida à nascença dos cidadãos dos Estados Membros e uma redução da prevalência do HIV de 2,3% (no grupo etário 15 - 49 anos).
- No entanto, para realizar estes retornos, seria necessário um investimento de pelo menos 9% de aumento das despesas totais de saúde nos Estados Membros. Além disso, entre 60% - 72% do aumento do investimento deve ser orientado para a criação de emprego decente para a mão-de-obra no sector da saúde.



# CAPÍTULO 06



# MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

## 6.1 Introdução

O capítulo descreve o quadro de Monitorização e avaliação (M&E) para orientar a implementação do plano estratégico. O quadro de M&A visa ter um mecanismo coordenado e eficaz que apoie a tomada de decisão e a prestação de contas em matéria de RHSS baseada em evidências. O quadro facilitará o acompanhamento da implementação de intervenções estratégicas chave, gerará informação para apoiar a tomada de decisões e fará recomendações sobre áreas de melhoria. O Secretariado da SADC e os Estados Membros, incluindo parceiros, estarão envolvidos no processo de monitorização estratégica, harmonizando a nível regional através do Comité Técnico de RHSS da SADC, composto por gestores de RHSS. Cada Estado-Membro realizará o seu próprio processo de monitorização e avaliação com base nos respectivos planos estratégicos do pessoal no sector da saúde.

## 6.2 Monitorização

A monitorização dos principais marcos regionais deste plano será feita trimestralmente pelo Comité Técnico da SADC RHSS. As unidades de RHSS dos Estados Membros (a nível nacional e local) serão responsáveis pela implementação e coordenação diária das actividades de RHSS para monitorar a implementação deste plano estratégico. As análises de desempenho serão conduzidas conjuntamente pelos intervenientes a nível nacional e local (tanto governamentais como não-governamentais). O objectivo da avaliação conjunta é rever o desempenho e informar o investimento sobre as principais prioridades com maior impacto.

## 6.3 Avaliação

O Secretariado da SADC, através do Comité Técnico de RHSS, analisará e produzirá um relatório anualmente dos indicadores-chave de desempenho, enquanto uma revisão intercalar do plano será feita em 2025 e uma avaliação final em 2030 para determinar até que ponto os objectivos deste plano estratégico são alcançados através das diferentes metas-chave. A revisão intercalar centrar-se-á na avaliação do estado de implementação, no alinhamento de documentos das principais intervenções estratégicas a nível dos Estados Membros e nas oportunidades de melhoria, entre outras. Os resultados serão utilizados para ajustar as principais estratégias, prioridades e objetivos.

## 6.4 Mecanismo de colaboração e prestação de contas

A nível dos Estados Membros, a monitorização e avaliação do plano será da responsabilidade dos Ministérios da Saúde através das divisões / departamentos de RHS. Todos os intervenientes e instituições relevantes são obrigados a comunicar periodicamente os dados relevantes no âmbito do observatório nacional do pessoal no sector da saúde. Serão tomadas as seguintes medidas para assegurar a prestação de contas:



- **Colaboração das partes interessadas e Prestação de contas:** Os Ministérios da Saúde devem envolver as suas partes interessadas através da divisão / fórum de departamento de RHSS, pelo menos duas vezes por ano. As partes interessadas (estatais e não estatais) e as instituições devem apresentar relatórios e dados relevantes através do sistema de informação RHSS disponível ou utilizando um modelo de relatório acordado.
- **Dados atempados, fiáveis e precisos:** Será solicitado ao interessado que apresente relatórios sobre a implementação das actividades, programa e projecto planificados, decorrentes deste plano, utilizando um formato normalizado. Todas as partes interessadas devem assegurar que todos os dados apresentados sejam fiáveis. Deverá ser prestada especial atenção à integração da análise de género e da desagregação por sexo nos dados e relatórios sobre a mão-de-obra no sector da saúde.
- **Feedback e divulgação:** Os ministérios da saúde devem rever os dados de RHSS, fornecer feedback às instituições relatoras sobre a qualidade dos dados e relatórios (integralidade, precisão e actualidade) e divulgar periodicamente informação actualizada sobre a situação dos RHSS através do RHSSICC e outros fóruns relevantes.

## 6.5 Indicadores chave de Desempenho e Metas

O plano estratégico tem indicadores chave de desempenho (ICD) para orientar a monitorização e a avaliação. Estes indicadores serão utilizados pelo Secretariado da SADC e pelos Estados Membros para facilitar a implementação do plano estratégico. A maioria dos ICD estão ligados à *Estratégia Global de Recursos Humanos para a Saúde: mão-de-obra da saúde 2030, quadro regional africano da OMS para a implementação da estratégia global de recursos humanos para a saúde* e indicadores de NHWA.

A tabela 12 apresenta os objectivos principais dos indicadores de referência, a médio e a longo prazo.



**Tabela 12: Plano de Monitorização e Avaliação**

Orientação Estratégica (OE)	Código	Indicadores chave de desempenho (ICP)	Base de referência (2020)	Meta a médio prazo (2025)	Meta final (2030)	Fonte de dados	Periodicidade dos relatórios	Responsabilidade da prestação de relatórios
OE 1: Investir no Emprego e no Trabalho Decente para Trabalhadores da Saúde	SD1.1	Densidade de trabalhadores da Saúde (médicos, enfermeiros e parteiras) por 1.000 habitantes (média da SADC)	1,02	2,3	4,45	Inquéritos sobre a mão-de-obra /Relatórios sobre as NHWA / censo populacional	Anual	Estados Membros e Secretariado da SADC
	SD1.2	Aumento percentual dos fundos atribuídos às prioridades relativas aos profissionais da Saúde	(estabelecer a base de referência)	25%	40%	Contas nacionais da área da Saúde/ Orçamentos nacionais	Anual	Estados Membros (Min. Saúde e Min. Finanças)
	SD1.3	Número de Estados Membros com Políticas e programas de Saúde e segurança no trabalho actualizados (Carta de Segurança dos Trabalhadores da Saúde da OMS)	(estabelecer a base de referência)	12	16	Documentos de referência	Anual	Estados Membros e Secretariado da SADC
	SD1.4	Melhoria percentual da taxa de desperdício do pessoal (rotatividade) através da melhoria das condições de trabalho e da remuneração	(estabelecer a base de referência)	redução de 25% em relação à base de referência	redução de 50% em relação à base de referência	HRIS, Registo dos trabalhadores da Saúde / observatório	Anual	Estados Membros e Secretariado da SADC
	SD1.5	Número de Estados Membros que implementam estratégias de integração da igualdade de género no seio dos trabalhadores da Saúde	(estabelecer a base de referência)	8	16	Relatórios sobre as NHWA	Anual	Estados Membros e Secretariado da SADC
OE 2: Harmonização da educação, formação e desenvolvimento	SD2.1	Percentagem de Estados Membros com mecanismos de acreditação harmonizados para programas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da Saúde	(estabelecer a base de referência)	30%	50%	Autoridades de acreditação / Organismos profissionais / relatórios HTIs	Anual	Estados Membros (Min. Saúde e Min. Educação)
	SD2.2	Rácio mínimo entre quadros especializados formados e número total de trabalhadores activos da Saúde (quadros regulamentados)	(estabelecer a base de referência)	20%	40%	Relatórios do Conselho profissional/NHWA	Anual	Estados Membros (Min. Saúde)
	SD2.3	Número de Estados Membros com políticas de promoção do acesso às oportunidades de educação para a saúde, com base nos princípios de igualdade e acessibilidade, incluindo para jovens e mulheres	(estabelecer a base de referência)	16	16	Autoridades de acreditação / Organismos profissionais	De três (3) em três (3) anos	Estados Membros (Min. Saúde e Min. Educação)
	SD2.4	Número de instituições regionais de formação em Saúde criadas (Centros de excelência)	(estabelecer a base de referência)	5	10	Relatórios anuais da SADC	De três (3) em três (3) anos	Estados Membros (Min. Saúde e Min. Educação)
	SD2.5	Percentagem de Estados Membros com Sistemas de desenvolvimento dos trabalhadores da Saúde que promovem a investigação sobre trabalhadores da Saúde	(estabelecer a base de referência)	30%	80%	Relatórios anuais da SADC	De três (3) em três (3) anos	Estados Membros (Min. Saúde e Min. Educação)



Orientação Estratégica (OE)	Código	Indicadores chave de desempenho (ICP)	Base de referência (2020)	Meta a médio prazo (2025)	Meta final (2030)	Fonte de dados	Periodicidade dos relatórios	Responsabilidade da prestação de relatórios
<b>OE 3: Desenvolver e adoptar as melhores práticas de liderança e gestão estratégica dos RHS</b>	<b>SD3.1</b>	Número de Estados Membros com departamentos/ Direcções de RHS nos Min. da Saúde/organismos de prestação de serviços	16	16	Planos estratégicos de RHS	Anual	Estados Membros (Min. Saúde)	
	<b>SD3.2</b>	Número de Estados Membros com capacidade de análise do mercado de trabalho na área da Saúde e de planificação, desenvolvimento e gestão de RHS	16	16	Planos estratégicos de RHS	Anual	Estados Membros (Min. Saúde)	
	<b>SD3.3</b>	Número de Estados Membros com um mecanismo operacional de RHS interações (intersectorial) de apoio, responsabilização e aprendizagem entre pares	2	16	Relatórios sobre as HRH	Anual	Estados Membros e Secretariado da SADC	
	<b>SD3.4</b>	Número de Estados Membros com mecanismos de diálogo social institucionalizados entre governos, trabalhadores, empregadores e outras partes interessadas relevantes	8	16	Planos estratégicos de RHS	Anual	Estados Membros (Min. Saúde)	
<b>OE 4: Governação e regulamentação dos profissionais da Saúde Melhoradas</b>	<b>SD4.1</b>	Número de Estados Membros com organismos reguladores dos profissionais da Saúde para todas as profissões da Saúde	11	16	Documentos/tratados governamentais/legislativos	De três (3) em três (3) anos	Estados-Membros	
	<b>SD4.2</b>	Protocolo/quadro ratificado com critérios de conformidade rigorosos para o reconhecimento mútuo e recíproco das formações e qualificações nas profissões da Saúde	1	1	Documentos de referência/Protocolo aprovado		Secretariado da SADC	
	<b>SD4.3</b>	Número de Estados Membros com programas de intercâmbio para transferência de competências	4	16	Relatórios de formação/transferência de competências		Secretariado da SADC	
	<b>SD4.4</b>	Número de Estados Membros com parcerias/colaborações multisectoriais (PPP) que partilham recursos humanos do sector da Saúde	16	16	Tratados bilaterais / relatórios de mobilidade	De três (3) em três (3) anos	Secretariado da SADC e Estados Membros	
<b>OE 5: Desenvolver Sistemas fiáveis de monitorização e avaliação de dados</b>	<b>SD5.1</b>	Número de Estados Membros com Sistemas de Informação sobre Recursos Humanos (HRIS) aptos para gerar informações para acompanhar o ciclo de vida dos profissionais da Saúde de ponta a ponta (produção - acção activa - saída)	(estabelecer a base de referência)	16	16	Relatórios dos Ministérios da Saúde, Educação e Trabalho	Anual	Estados Membros (Min. Saúde)
	<b>SD5.2</b>	Número de Estados Membros com registo dos profissionais da saúde para acompanhar os números existentes, a distribuição, os fluxos, as saídas, a procura e a oferta de profissionais da Saúde	(estabelecer a base de referência)	16	16	Relatórios dos Ministérios da Saúde, Educação e Trabalho	Anual	Estados Membros (Min. Saúde)
	<b>SD5.3</b>	Número de Estados Membros com plataformas de diálogo multisectoriais	N/A	16	16	Ministérios da Saúde	Anual	Estados Membros (Min. Saúde)
	<b>SD5.4</b>	Número de Estados Membros com Contas nacionais relativas aos recursos humanos para a Saúde (NHWA) institucionalizadas e que produzem relatórios anuais	N/A	16	16	Ministérios da Saúde, Educação, instituições de formação em Saúde	Anual	Estados Membros (Min. Saúde)
	<b>SD5.5</b>	Número de Estados Membros com indicadores de segurança integrada para os trabalhadores da saúde e com um sistema de informação para a Saúde	(estabelecer a base de referência)	8	16	Relatórios nacionais sobre as NHWA	De três (3) em três (3) anos	Estados Membros (Min. Saúde)



## 6.6 Visão geral dos Potenciais Riscos e Medidas de Mitigação

A implementação do Plano Estratégico 2020-2030 da SADC para a Mão-de-obra da Saúde pode ser afectada por vários factores para além da sua influência. Estes serão documentados como riscos e pressupostos a considerar durante a planificação anual e na próxima revisão estratégica e ciclo de planificação. O maior risco é assegurar e sustentar o financiamento interno e de desenvolvimento do plano estratégico, particularmente considerando a pandemia da COVID-19 e o seu impacto no crescimento económico imediato a longo prazo e no espaço orçamental em toda a região da SADC.

Contudo, espera-se que os Estados Membros se esforcem por mitigar estes factores através de uma advocacia baseada em evidências, a fim de apresentar um argumento claro de investimento para o financiamento de RHSS, bem como a instituição de mecanismos de financiamento inovadores através de outras partes interessadas, tais como o sector privado e parceiros de desenvolvimento na saúde, incluindo parceiros não governamentais locais, quando aplicável. Cada Estado-membro tem a responsabilidade de desenvolver um plano de gestão de risco para a implementação deste Plano Estratégico de RHSS da SADC. Para fins ilustrativos, o quadro de gestão de risco abordará, no mínimo, três grandes áreas de risco resumidas na tabela 13 abaixo.

**Tabela 13: Resumo dos principais riscos e medidas de Mitigação**

Tipo de Risco Potencial	Potencial Medida De Mitigação
<b>Relacionada com a Estratégia</b>	Os Estados Membros devem reforçar a capacidade dos ministérios/departamentos responsáveis para gerir ou conter os eventos de risco identificados, caso ocorram, e abordar factores que associem esta estratégia à incerteza, por exemplo, a capacidade a nível nacional para a recolha de dados e a implementação de políticas
<b>Relacionados com as Políticas</b>	Os Estados Membros devem rever regularmente as alavancas políticas não relacionadas com a saúde que moldam os mercados de trabalho da saúde, por exemplo, as políticas relacionadas com o sector da educação e da formação e as que são afectadas pela dinâmica do mercado de trabalho
<b>Riscos externos</b>	Os Estados Membros devem instituir mecanismos para antecipar e desenvolver estratégias de mitigação, por exemplo, respostas do pessoal a riscos como epidemias, pandemias e a capacidade de manter um sistema de saúde funcional e sustentar serviços de saúde essenciais no meio de mudanças políticas e grandes mudanças macroeconómicas
<b>Riscos preveníveis</b>	Os Estados Membros devem alinhar as suas estratégias de mão-de-obra no sector da saúde com o plano estratégico da SADC e fornecer um financiamento adequado para a implementação da estratégia





# REFERÊNCIAS

1. Asamani, J. A. et al., 2019. Towards a regional strategy for resolving the human resources for health challenges in Africa. *BMJ Global Health*, Volume 4.
2. Asamani, J. A. et al., 2018. Forecast of Healthcare Facilities and Health Workforce Requirements for the Public Sector in Ghana, 2016–2026. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(11), pp. 1040-1052.
3. Azose, J. J., Raftery, A. E. (2019). Estimation of emigration, return migration, and transit migration between all pairs of countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 116(1), 116–122. <https://doi.org/10.1073/pnas.1722334116>
4. Chersich, M.F., Gray, G., Fairlie, L. et al, 2020. COVID-19 in Africa: care and protection for frontline healthcare workers. *Global Health* 16, 46. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00574-3>
5. Cometto, Scheffler, et al, 2017. Health workforce needs, demand and shortage to 2030, an overview of forecasted trends in the global labour market, in 'Health Employment and Economic Growth: an evidence base, Buchan, Dhillon and Campbell, WHO, 2017.
6. Fort, A. et al., 2017. The Human Resources for Health Effort Index: A tool to assess and inform Strategic Health Workforce Investments. *Human Resources for Health.*, 15(47).
7. International Council for Local Environmental Initiatives, 2015. *From MDGs to SDGs: What are the Sustainable Development Goals?*, Bonn: International Council for Local Environmental Initiatives.
8. International Labour Organisation, 2017. Improving Employment and Working Conditions in Health Services: Report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services, Geneva, 24–28 April 2017, International Labour Office, Sectoral Policies Department, Geneva, ILO, 2017. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---sector/documents/publication/wcms\\_548288.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_548288.pdf)
9. International Labour Organisation, 2019. *ILO Tripartite Technical Workshop for the SADC region on Investing in the health workforce: employment and decent work in the health sector*. Johannesburg, South Africa, International Labour Organisation.
10. International Labour Organisation, 2019. *ILO Tripartite Technical Workshop for the SADC region on Investing in the health workforce: employment and decent work in the health sector*, Johannesburg: International Labour Organisation.
11. Kroezen M, et al. 2017. Policy Brief: How can structured cooperation between countries address health workforce challenges related to highly specialized health care? European Observatory on Health Systems and Policy. Malta: World Health Organisation.
12. Lauer, J. A., Soucat, Araújo, E. & Weakliam, D., 2017. Pathways: the health system, health employment, and economic growth. *Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base*, pp. 173-194.
13. Liu, J. X. et al., 2017. Global health workforce labour market projections for 2030. *Human resources for health*, 15(1), p. 11.



14. Mahlathi, P., Dlamini, J. 2015. Minimum Data Sets for Human Resources for Health and the Surgical Workforce in South Africa's Health System: A rapid analysis of stock and migration. Geneva: World Health Organization.
15. SADC, 2020. Report on Impact of COVID-19 Pandemic on SADC Economy, vol. 1 April 2020 [https://www.sadc.int/files/6915/8758/8533/BULLETIN\\_2-SADC\\_Response\\_to\\_COVID19\\_ENGLISH.pdf](https://www.sadc.int/files/6915/8758/8533/BULLETIN_2-SADC_Response_to_COVID19_ENGLISH.pdf)
16. SADC, 1999. *SADC Protocol on Health*, Maputo: Southern Africa Development Community.
17. SADC, 2018. *SADC selected economic and social indicators, 2018.*, Gaborone: Southern Africa Development Community.
18. SADC, 2019. *Health Policy Framework*, Gaborone: SADC.
19. Scheil-Adlung, X., 2013. Health workforce benchmarks for universal health coverage and sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, Volume 91, pp. 888-888.
20. Shaukat, N., Ali, D.M. & Razzak, J. 2020. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *Int J Emerg Med* 13, 40. <https://doi.org/10.1186/s12245-020-00299-5>
21. UNAIDS, 2019. *Global HIV & AIDS statistics – 2019 fact sheet*, s.l.: UNAIDS.
22. UNDP, 2016. *Sustainable development goals*, New York: United Nations Development Programme.
23. UNICEF, 2018. [data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/](http://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/)
24. United Nations, n.d. *United Nations Millennium Declaration*, s.l.: s.n.
25. World Bank, Price level ratio of PPP conversion factor (GDP) to market exchange rate.
26. World Health Organisation, 2016a. *Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth.*, Geneva: World Health Organisation.
27. World Health Organisation, 2016b. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, Geneva: World Health Organisation.
28. World Health Organisation, 2016. *Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals*, Geneva: Human Resources for Health Observer Series No 17.
29. World Health Organisation, 2018. *Astana Declaration on Primary Health Care*, Geneva: World Health Organisation.
30. World Health Organisation, 2020. COVID-19 Situation Update for the WHO African Region, External Situation Report 27 Geneva: World Health Organisation.



# ANEXOS

## Anexo 1: Análise Da Viabilidade Económica

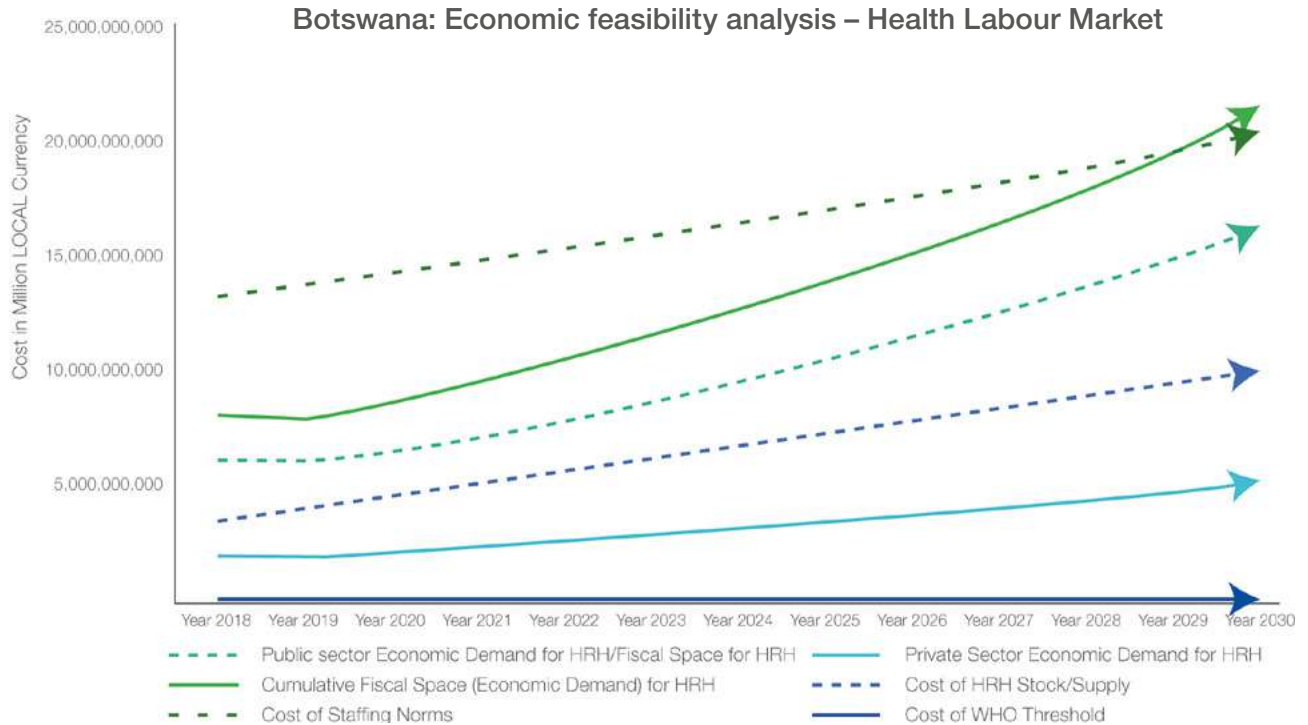


Figura 8: Análise da viabilidade económica – Botsuana

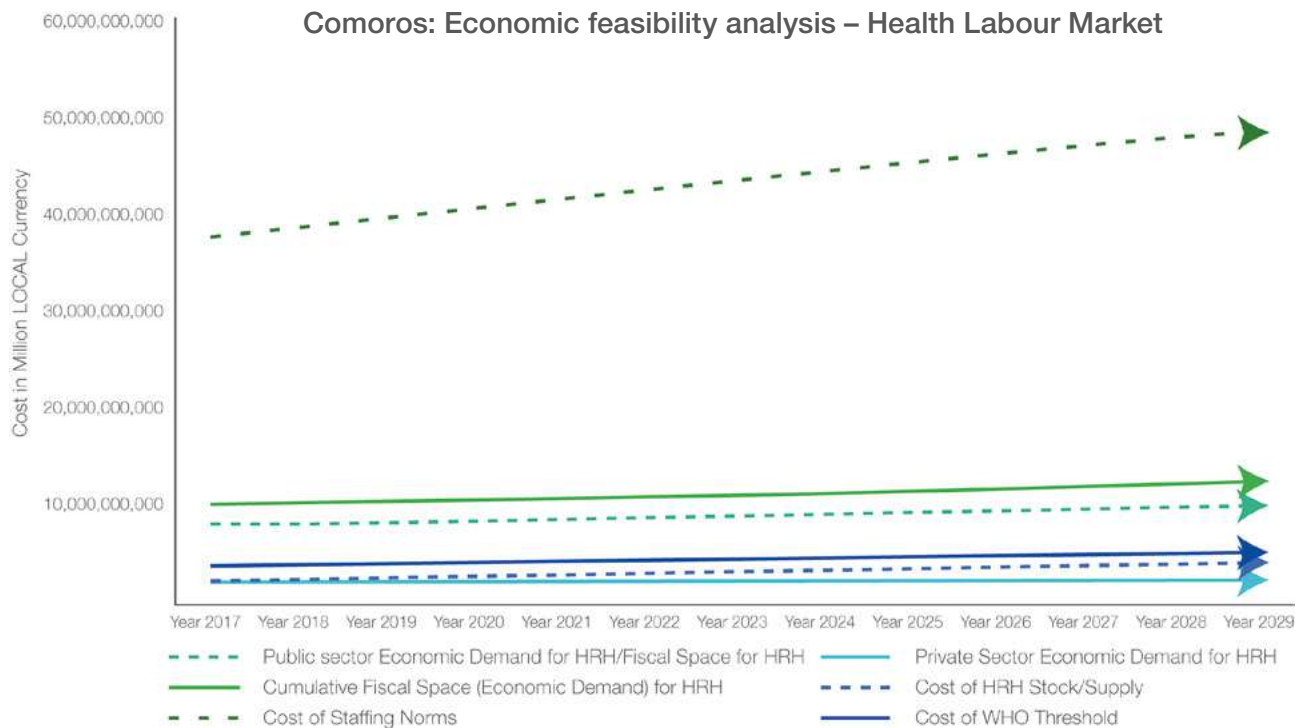


Figura 9: Análise da viabilidade económica – Comores



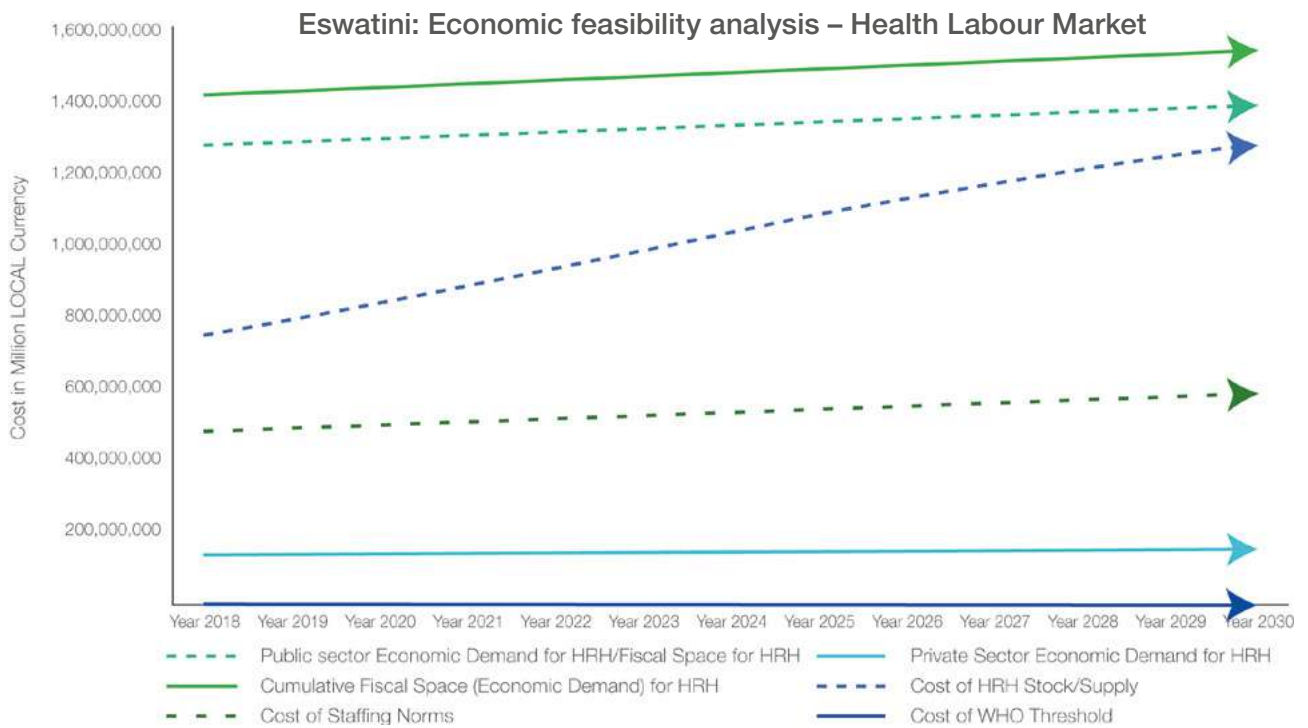


Figura 10: Análise de viabilidade económica – Eswatini

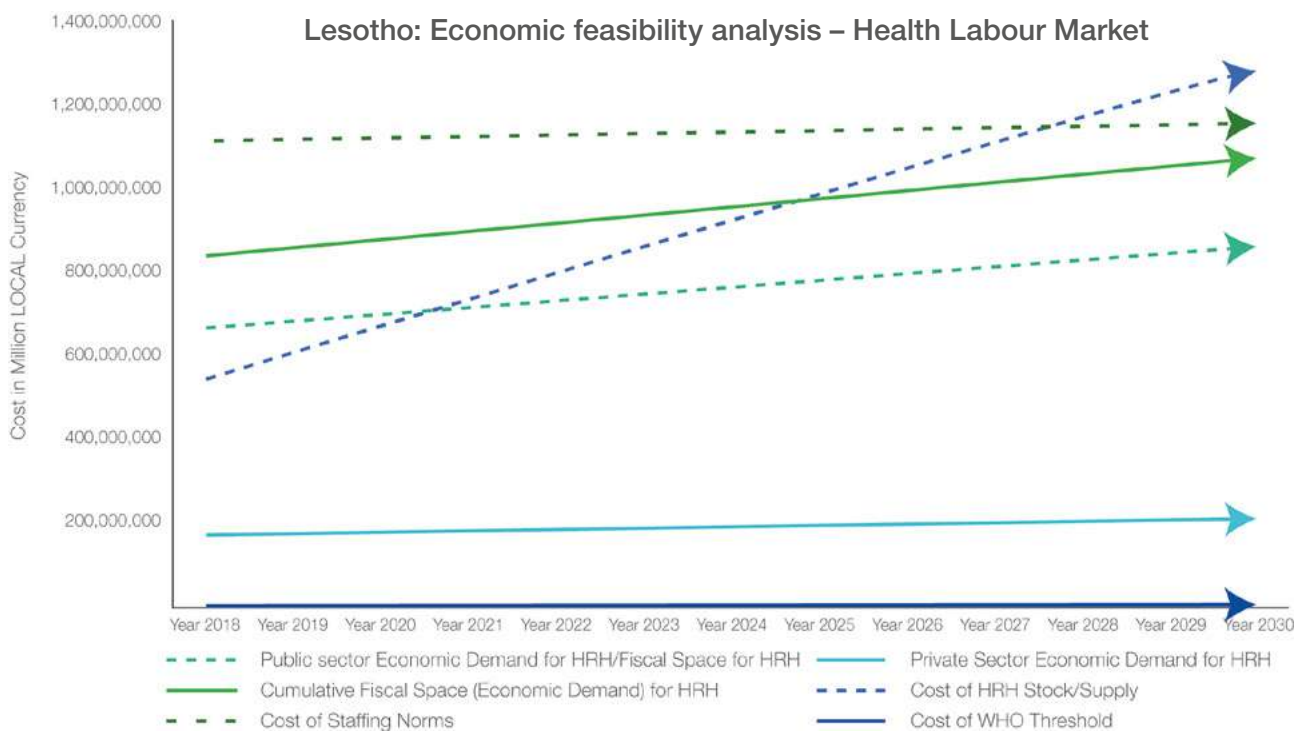


Figura 11: Análise de viabilidade económica – Lesoto



### Malawi: Economic feasibility analysis – Health Labour Market

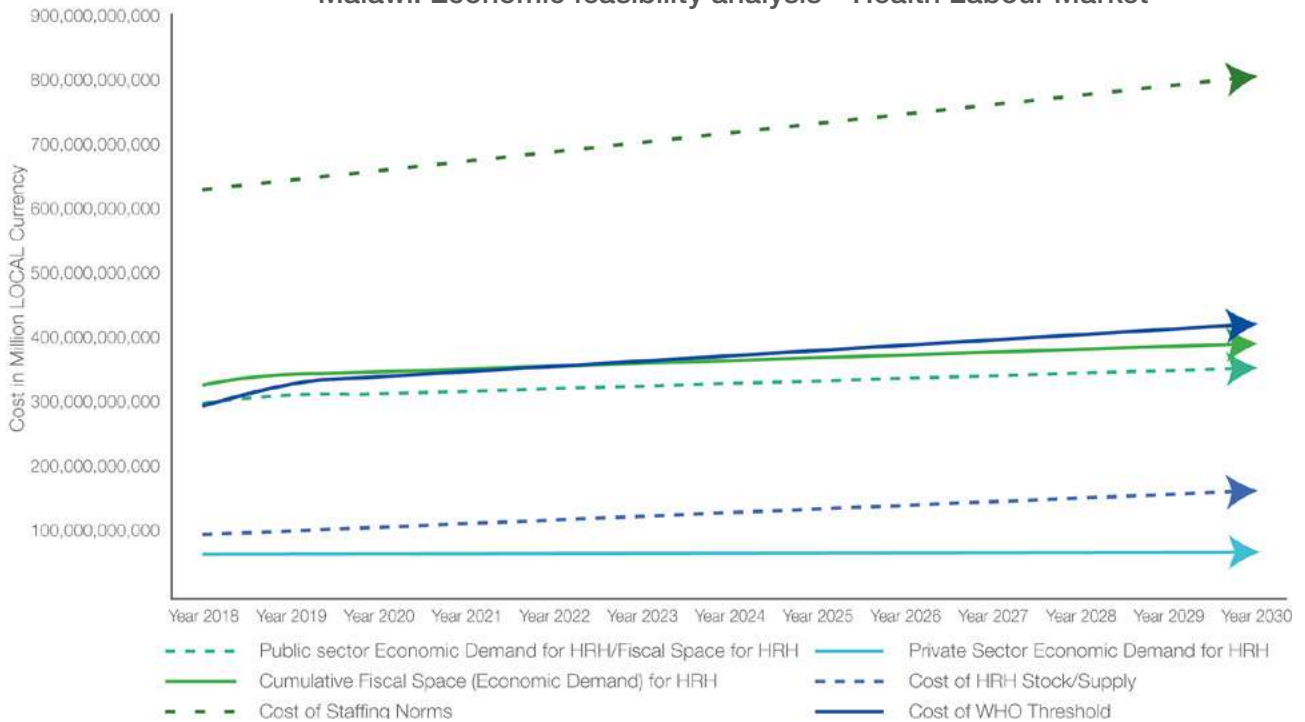


Figura 12: Análise de viabilidade económica – Malawi

### Namibia: Economic feasibility analysis – Health Labour Market

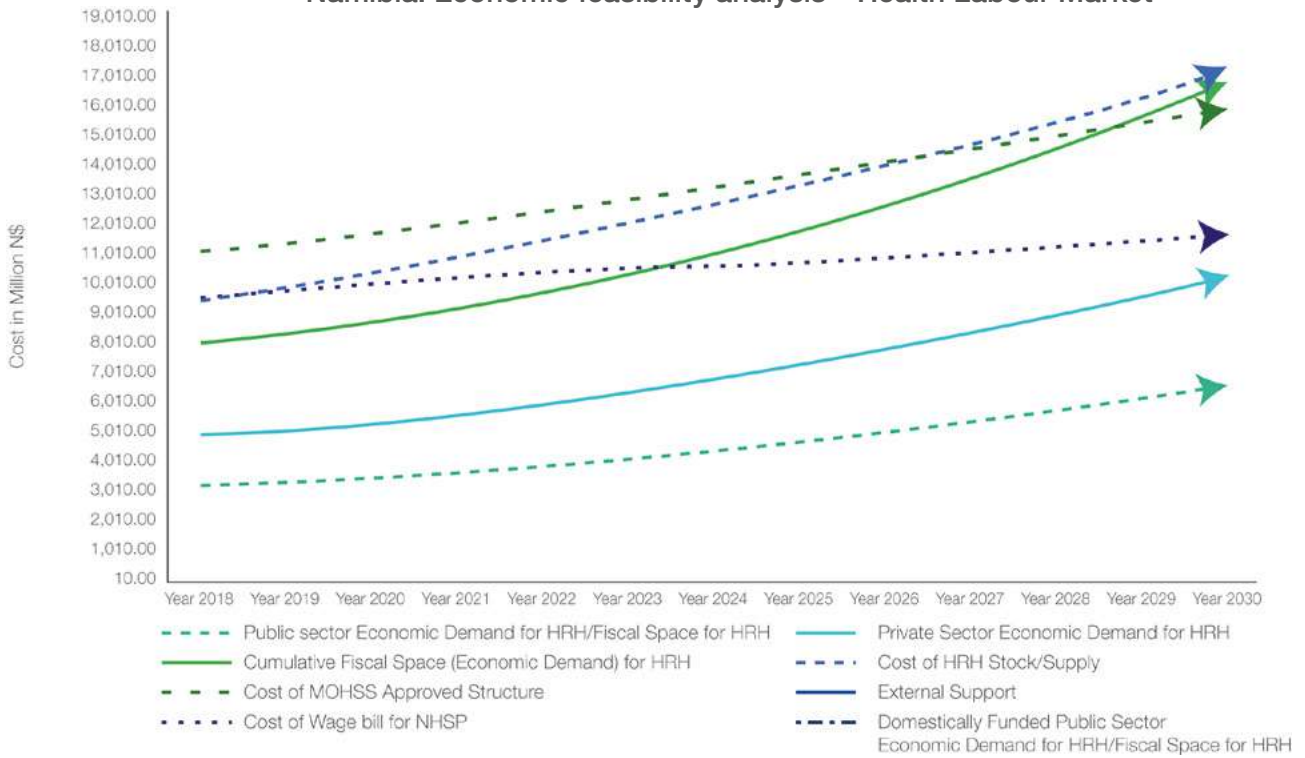


Figura 13: Análise de viabilidade económica – Namíbia





### Seychelles: Economic feasibility analysis – Health Labour Market

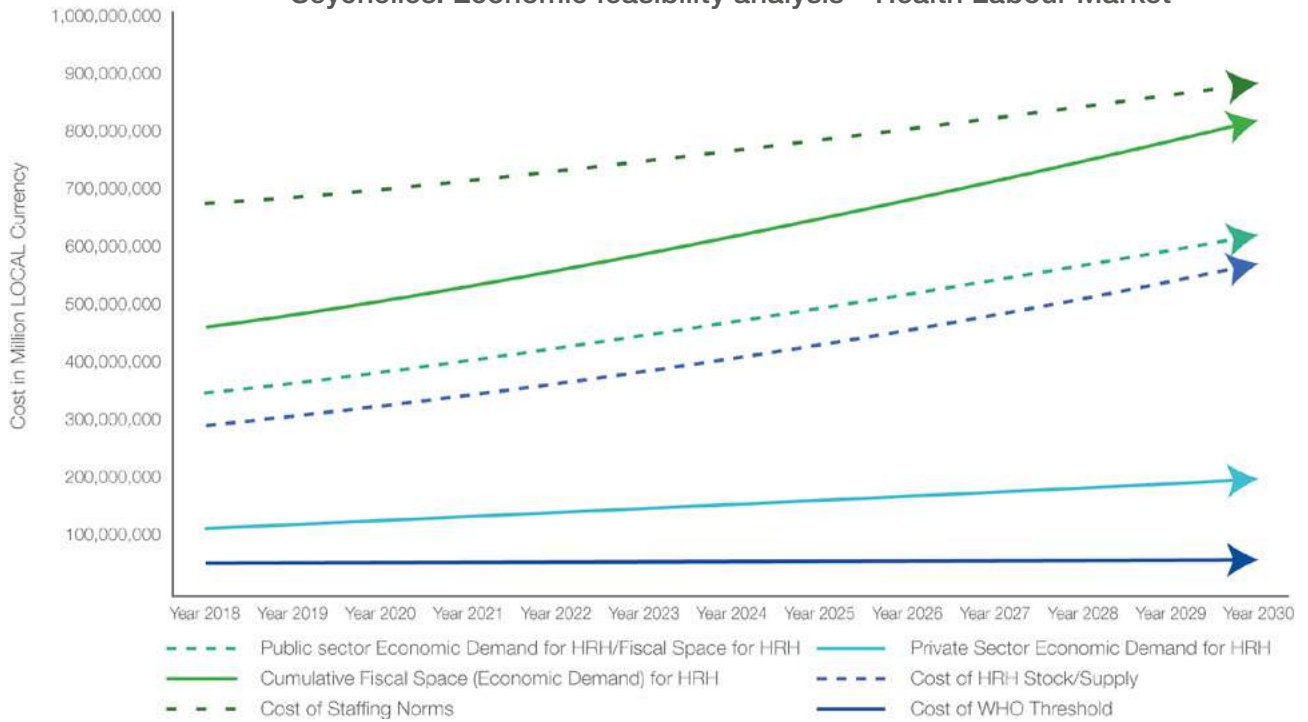


Figura 14: Análise de viabilidade económica – Seychelles

### Zimbabwe: Economic feasibility analysis – Health Labour Market

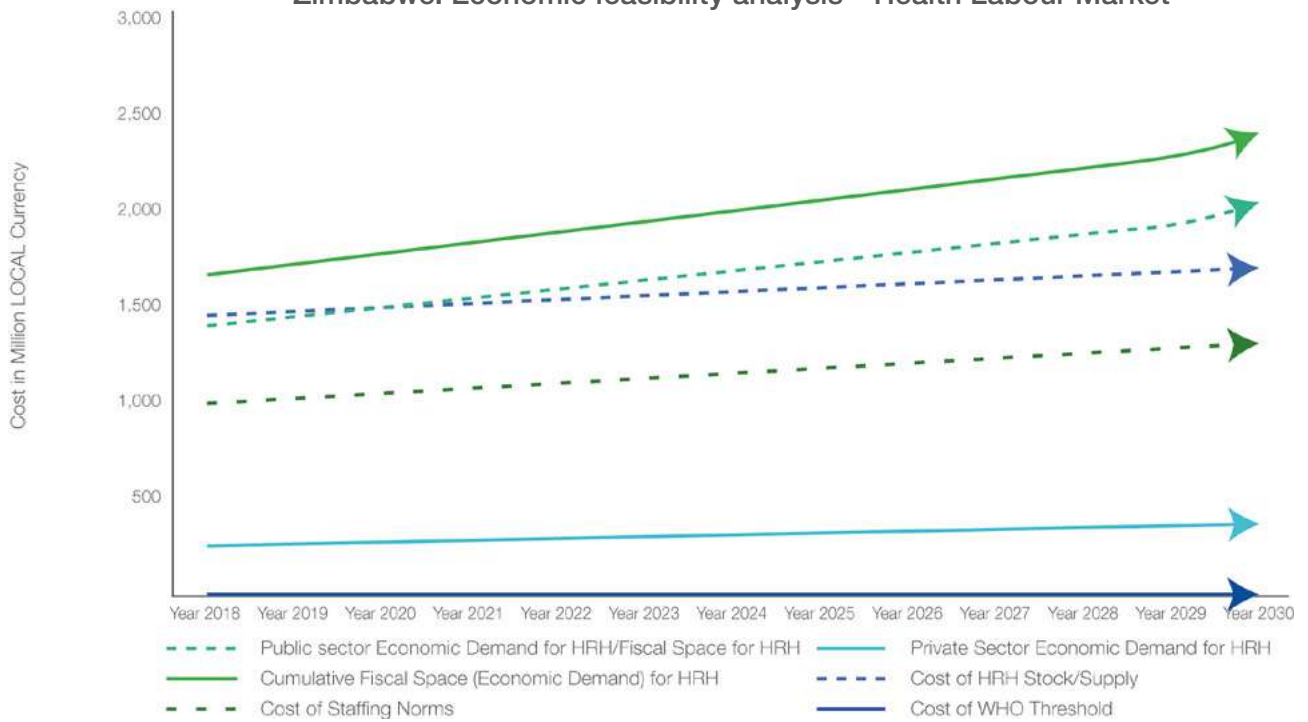


Figura 15: Análise de viabilidade económica – Zimbabué



## Anexo 2: Custo estimado da implementação do Plano Estratégico por tipo de necessidades de recursos a nível nacional

Orientação Estratégica	Necessidades De Recursos	Total (1. 000 Int. \$ PPC)	Custo estimado a nível do País (por País) [1000 Int \$ PPC]
OE 1. Investimento em postos de trabalho no sector da saúde e emprego decente	Pacote de conferências internacionais, incluindo viagens	\$1,023.9	\$0.0
	Consultor Internacional	\$506.8	\$34.0
	Consultor Nacional / Local	\$295.6	\$18.1
	Pacote/pessoa da Conferência não residencial	\$79.2	\$5.3
	Impressão	\$57.5	\$4.1
	Pacote/pessoa da Conferência não residencial	\$2,055.1	\$133.2
	Estudos WISN	\$1,586.6	\$113.3
<b>Subtotal</b>		<b>\$5,604.6</b>	<b>\$308.0</b>
OE 2. Harmonização da Formação e Desenvolvimento da Educação	Pacote para conferências internacionais, incluindo viagens	\$510.0	\$0.0
	Consultor Internacional	\$538.4	\$22.7
	Consultor Nacional / Local	\$99.0	\$6.2
	Item sem-custo	\$0.0	\$0.0
	Pacote/pessoa da Conferência não residencial	\$169.0	\$10.6
	Pacote/pessoa da Conferência não residencial	\$497.0	\$31.1
	Formação de especialistas	\$0.0	\$0.0
<b>Subtotal</b>		<b>\$1,813.4</b>	<b>\$70.5</b>
OE 3. Desenvolver e adotar as melhores práticas em Liderança e Gestão Estratégica da RHSS	Pacote de conferências internacionais, incluindo viagens	\$2,070.3	\$0.0
	Alavancagem noutras atividades	\$0.0	\$0.0
	Consultor Nacional / Local	\$37.1	\$12.4
	Item sem-custo	\$0.0	\$0.0
	Pacote/pessoa da Conferência não residencial	\$100.0	\$6.2
	Pacote/pessoa da Conferência não residencial	\$91.5	\$30.5
<b>Subtotal</b>	<b>Subtotal</b>	<b>\$2,298.9</b>	<b>\$49.1</b>
<b>Total Geral</b>		<b>\$15,714.8</b>	<b>\$781.1</b>





Orientação Estratégica	Necessidades De Recursos	Total (1. 000 Int. \$ PPC)	Custo estimado a nível do País (por País) [1000 Int \$ PPC]
SD 4. Melhoria da governação e regulamentação do pessoal no sector da Saúde	Computadores	\$5.9	\$2.0
	Pacote de conferências internacionais, incluindo viagens	\$192.6	\$0. 0
	Consultor Internacional	\$183.6	\$47.3
	Alavancagem noutras atividades	\$0. 0	\$0. 0
	Consultor Nacional / Local	\$309.6	\$19.4
	Outros encargos relacionados com a hospedagem	\$5.9	\$0. 0
	Aquisição/desenvolvimento de software	\$123.2	\$0. 0
	Pacote/pessoa da Conferência não residencial	\$126.5	\$7.9
	(em branco)	\$0. 0	\$0. 0
<b>Subtotal</b>		<b>\$947.4</b>	<b>\$76.5</b>
OE 5. Desenvolver sistemas fiáveis de Monitorização e Avaliação dos dados	Computadores	\$135.7	\$8.5
	Pacote de conferências internacionais, incluindo viagens	\$556.5	\$0. 0
	Consultor Internacional	\$231.1	\$10.9
	Consultor Nacional / Local	\$107.6	\$6.7
	Pacote/pessoa da Conferência não residencial	\$1,861.5	\$116.3
	Impressão	\$4.8	\$0. 0
	Pacote/pessoa da Conferência não residencial	\$1,642. 8	\$102. 7
	Servidor	\$510. 5	\$31. 9
<b>Subtotal</b>		<b>\$5,050. 5</b>	<b>\$277. 0</b>
<b>Total Geral</b>		<b>\$15,714. 8</b>	<b>\$781. 1</b>



## Anexo 3: Ferramenta Quadro de Relatórios dos Estados Membros para o Secretariado da SADC

Meta estratégica RHSS da SADC (SD)	Resumo dos resultados	Actividades utilizadas para alcançar os resultados	Em que período foi isso conseguido?	Impacto nos trabalhadores da Saúde
Investimento em postos de trabalho no sector da saúde e emprego decente				
OE 2: Harmonização da Formação e Desenvolvimento da Educação				
OE 3: Desenvolver e adotar as melhores práticas em Liderança e Gestão Estratégica de RHSS				
OE 4: Melhoria da governação e regulamentação do pessoal no sector da Saúde				
OE 5: Desenvolver Sistemas de Dados, Monitorização e Avaliação de Confiança				







[www.sadc.int](http://www.sadc.int)



United Nations  
MPTF Office



International  
Labour  
Organization



OECD  
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES



World Health  
Organization

