
MINISTÉRIO DA SAÚDE, MOÇAMBIQUE
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DAS DTS/SIDA

IMPACTO DEMOGRÁFICO DA EPIDEMIA DO HIV/SIDA
NOS RECURSOS HUMANOS DO SISTEMA NACIONAL DA
SAÚDE EM MOÇAMBIQUE

DRAFT FINAL

FEVEREIRO 2004

ÍNDICE

ÍNDICE	ii
Lista de Tabelas	iii
Lista de Gráficos	iii
Abreviaturas	iv
1 SUMÁRIO EXECUTIVO	v
1.1 Introdução	v
1.2 Análise e Resultados.....	v
1.3 Lições para futuras acções	vi
1.4 Recomendações para a Fase 2 do Estudo de Impacto: Acções Prioritárias	vii
1.5 Outras Recomendações para Acções Prioritárias	viii
2 INTRODUÇÃO	1
2.1 Objectivos Gerais do Estudo.....	1
2.2 Objectivos específicos da 1ª Fase do Estudo	2
2.3 Justificação e Contexto do Estudo.....	2
2.4 Metodologia: métodos, materiais e fontes de dados.....	5
3 OS RECURSOS HUMANOS DO SISTEMA NACIONAL DA SAÚDE: 1994-2002	8
3.1 Efectivo do SNS no Contexto da Força de Trabalho Moçambicana	8
3.2 Relação de masculinidade do efectivo no SNS.....	11
3.3 A evolução do efectivo no SNS entre 1994 e 2002.....	12
4. ESTIMATIVA DO IMPACTO DO HIV/SIDA NO SECTOR DA SAÚDE EM MOÇAMBIQUE	16
4.1 Entradas e Saídas no Efectivo do SNS: 1994-2002	16
4.2 Estimativa da Prevalência e Incidência do HIV no SNS em 2002	18
4.3 Registro de perdas por categoria profissional.....	24
4.4 Projecção das perdas por SIDA no SNS entre 2002 e 2010	25
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	27
5.1 Considerações Gerais	27
5.2 Recomendações para Fase 2 do Estudo de Impacto: Acções Prioritárias	29
5.3 Outras Recomendações para Acções Prioritárias	31
6 REFERÊNCIAS	32
ANEXOS	34

Lista de Tabelas

Tabela 1.1:	Evolução Ajustada das Prevalências do HIV por Províncias, Moçambique 1988-2000	4
Tabela 3.1:	Distribuição do efectivo do SNS por sexos e grupos de idades, Dezembro 2002.....	9
Tabela 3.2:	Distribuição dos Funcionários Públicos por Província e Destaque do Sector de Saúde, 2000.....	12
Tabela 3.3	Sumário dos efectivos, ingressos e saídas de trabalhadores do SNS, 1994-2002.....	14
Tabela 3.4:	Entradas de trabalhadores no Sistema Nacional de Saúde, Moçambique 1994-2002	16
Tabela 3.5:	Movimento de saídas de trabalhadores do SNS, Moçambique 1994-2002	17
Tabela 4.1:	Número de trabalhadores do SNS susceptíveis de estarem infectados com o HIV, por sexos e grupos de idades, Moçambique, Dezembro 2002.....	18
Tabela 4.2:	Estimativa de pessoas HIV+ e novos casos de HIV, versus óbitos por todas as doenças, Moçambique 2002.....	21
Tabela 4.3:	Total de pessoas HIV+ no contexto dos óbitos por todas as doenças no Sistema Nacional de Saúde, Moçambique 2002.....	22
Tabela 4.4:	Perdas de trabalhadores de saúde por óbitos por doença, Moçambique 2002.....	24

Lista de Gráficos

Gráfico 3.1:	Pirâmide da força de trabalho, Moçambique, Projecção 2002	8
Gráfico 3.2:	Pirâmide dos trabalhadores da saúde, País total, 12/2002	9
Gráfico 3.3:	Pirâmide dos trabalhadores da saúde, Região Norte, 12/2002	10
Gráfico 3.4:	Pirâmide dos trabalhadores da saúde, Região Centro, 12/2002	10
Gráfico 3.5:	Pirâmide dos trabalhadores da saúde, Região Sul, 12/2002.....	11
Gráfico 3.6:	Índice de masculinidade do efectivo do SNS, Moçambique 2002	12
Gráfico 3.7:	Peso do efectivo de trabalhadores da saúde no sector público, 1990 e 2002	13
Gráfico 3.8:	Evolução dos recursos humanos no SNS, Moçambique, 1994-2002	15
Gráfico 4.1:	Distribuição regional dos possíveis casos de HIV no SNS, Moçambique 2002.....	19

Gráfico 4.2:	Pirâmide dos trabalhadores do SNS susceptíveis de estarem infectados pelo HIV, Norte Moçambique 2002	20
Gráfico 4.3:	Pirâmide dos trabalhadores do SNS susceptíveis de estarem infectados pelo HIV, Centro Moçambique 2002	20
Gráfico 4.4:	Pirâmide dos trabalhadores do SNS susceptíveis de estarem infectados pelo HIV, Sul Moçambique 2002.....	21
Gráfico 4.5:	Tendência dos óbitos por todas as doenças no SNS, Moçambique 1995-2002	23
Gráfico 4.6:	Evolução das Perdas por Óbito por Doença, e por Região, Moçambique 1994-2002	23
Gráfico 4.7:	Proporção de Perdas de Trabalhadores do SNS por Óbitos por Doença e Principal Categoria Profissionais, Moçambique 2002	24
Gráfico 4.8:	Projeção de novos casos de SIDA no Sector de Saúde, Moçambique 2002-2010	25
Gráfico 4.9:	Projeção de Novos Casos de SIDA no Sector da Saúde por Sexos, Moçambique 2002-2010	25

Abreviaturas

DPS	Direcção Provincial de Saúde
HIV	VIH, em Inglês - Vírus de Imunodeficiência Humana
INE	Instituto Nacional de Estatística
MAE	Ministério da Administração Estatal
MINED	Ministério da Educação
MISAU	Ministério da Saúde
MPF	Ministério do Plano e Finanças
QUIBBS	Quick Impact Beneficiary Survey
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
USAID	United States Agency for International Development
WB	World Bank

1 SUMÁRIO EXECUTIVO

1.1 Introdução

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Moçambique, como empregador de recursos humanos que é, ao longo da última década integrou cerca de 15 mil trabalhadores. Como qualquer pessoa da comunidade moçambicana, os trabalhadores do SNS estão expostos ao risco do HIV por transmissão via sexual. Para além destes factores de risco, os trabalhadores da saúde expõem-se muitas vezes ao contacto com sangue e outros líquidos ou fluidos corporais de pacientes susceptíveis de estarem infectados. Isto é particularmente relevante em países como Moçambique, onde os trabalhadores de saúde são frequentemente chamados a socorrer doentes, em circunstâncias inesperadas e em condições de higiene e segurança inadequadas.

Nestas circunstâncias, afigura-se indispensável identificar e compreender os efeitos da epidemia do HIV/SIDA nos principais grupos profissionais do SNS, a fim de se poder determinar as suas consequências organizativas, financeiras e humanas, bem como desenvolver mecanismos de protecção e minimização das consequências negativas da epidemia.

O presente trabalho documenta os resultados da Fase I dum estudo em duas fases, a primeira que incide nos aspectos demográficos do impacto da epidemia no SNS, e a segunda que deverá proceder à avaliação dos factores especiais de risco de infecção pelo HIV nos recursos humanos, à projecção dos custos financeiros futuros associados às acções de prevenção e mitigação dos impactos da epidemia no sector em estudo. Este trabalho apresenta os resultados do estudo de impacto da epidemia do HIV/SIDA no SNS, entendido aqui principalmente o sector público nacional de saúde. O estudo envolveu a actualização dos dados sobre o efectivo de trabalhadores no SNS, o que implicou a deslocação de funcionários para todas as províncias, a fim de recolherem informação estatística actualizada junto das direcções provinciais de saúde. A informação reunida compreende o período 1994-2002, tendo sido classificada e organizada por sexo, idade e principais categorias profissional, incluindo ingressos e saídas anuais de trabalhadores, bem como principais motivos das saídas. Esta informação foi analisada e confrontada com dados relevantes de outras pesquisas.

1.2 Análise e Resultados

O Sistema Nacional da Saúde no Contexto Geral do Sector Público. O SNS em Moçambique é um dos principais contribuintes para a melhoria do bem-estar da população moçambicana, pois é ele que fornece grande parte dos cuidados de saúde moderna disponíveis no país. Em termos numéricos, numa força de trabalho assalariada estimada em 1,5 milhões de trabalhadores em 2000 (cerca de 11% da força de trabalho ocupada), 121,562 trabalhadores eram funcionários públicos, dos quais cerca de 14% trabalhadores do sector da saúde.

A tendência do crescimento e composição do SNS versus impacto do HIV/SIDA - Se bem que os dados do MISAU no PESS2001-05 sugiram ter havido uma ligeira diminuição (menos 234) de trabalhadores entre 1990 e 2000, já em relação à segunda parte da década de 90, registou-se um crescimento de 38% entre 1997 e 2000. No presente estudo, os dados sobre o movimento de entradas e saídas de trabalhadores apresentam um balanço positivo de 2.506 trabalhadores, no período 1994 e 2002. Em 2002, o efectivo total registado foi de 15.101 trabalhadores, dos

quais 56% homens e 44% mulheres. Assim, no período 1994-2002 a uma taxa média de crescimento do efectivo de saúde foi 2,1% ao ano, sendo a taxa de crescimento do efectivo feminino de 3% contra 1,4% para o efectivo masculino.

Quanto à composição etária do efectivo do SNS, verifica-se uma acentuada concentração de trabalhadores no grupo de idades dos 30 e 44 anos, totalizando 55% de todo o efectivo de trabalhadores de saúde. Mas tal como em relação à tendência de crescimento, os dados deste estudo confirmam a declaração no PESS2001-05, segundo a qual o MISAU (2001: 14-15) terá corrigido parte da distorção identificada no início da década 90, quanto ao excessivo número de pessoal de nível elementar e básico, comparativamente ao pessoal técnico médio e de formação superior. Por exemplo, em 1990 os trabalhadores auxiliares e outros não directamente de saúde representavam 51% do efectivo, contra 7% de trabalhadores médios e superiores. Já em 2000, os auxiliares e outros tinham reduzido para 41%, enquanto os técnicos médios e superiores representavam 19%.

Estimativa da prevalência e incidência do HIV no SNS em 2002. Aplicando as taxas gerais de prevalência do HIV por idade e género à composição etária do efectivo do SNS, estimamos que em finais de 2002 cerca de 17% dos trabalhadores do SNS (ou seja, 2.554 trabalhadores) estariam já infectados com o HIV, sendo 59% do sexo masculino e 41% do sexo feminino. Cerca de um quarto dos possíveis casos de trabalhadores infectados com o HIV no SNS concentra-se no grupo dos 35-39 anos de idade, pois é neste grupo de idades que se concentram o maior número de trabalhadores. O grupo dos 35-39 anos de idade, conjuntamente com o que imediatamente o precede, o grupo dos 30-39 anos, acumula cerca de metade dos trabalhadores do SNS e, por isso, dos trabalhadores exposto à infecção com o HIV.

Casos de SIDA. Aplicando a mesma metodologia, estimamos que em 2002 teriam surgido 172 novos casos de SIDA no SNS, dos quais 103 homens e 69 mulheres. Por outro lado, o registo de óbitos por todas as doenças no SNS indicou para 2002 um total de 134 saídas, dum total de 329 saídas do SNS por diversos motivos. As causas da discrepância entre os dados de novos casos de SIDA e as saídas por óbitos por doença podem ser várias, destacando-se as seguintes:

1. Incorreções na declaração do motivo de saída;
2. As taxas de prevalência do HIV na população geral estejam sobre-estimadas, por exemplo, porque o Sistema de Vigilância Sentinela esteja sobre-influenciado pelas áreas de maior infecção; e/ou
3. As taxas de prevalência do HIV nos efectivos do SNS seja menor que as da população geral.

Projeção do impacto entre 2002 e 2010. Como é de esperar, o impacto do SIDA deve aumentar-se nos anos futuros. Estima-se que até o ano 2010, o número de novos casos do SIDA por ano possa duplicar, se as pessoas afectadas não tiverem acesso a programas de prevenção de infecções oportunistas e a terapia anti-retroviral. Além disso, devido ao período longo entre a infecção do HIV e a manifestação do SIDA, a maioria das pessoas susceptíveis de desenvolver o SIDA nos próximos anos já estão infectados do HIV.

1.3 Lições para futuras acções

A análise dos registos do SNS baseia-se numa recolha retrospectiva de informação de entradas e saídas. Por outro lado, a estimativa de casos prováveis de infecções do HIV e casos do SIDA baseia-se na aplicação de cifras gerais sem conhecer os factores especiais de risco ou de protecção entre os membros do sector. Apesar das

discrepâncias observadas entre as duas fontes de informação, observa-se ao longo do tempo uma tendência de aumento tanto no número bruto de saídas como nas taxas relativas de saída do SNS. Por isso, se pode recomendar as seguintes acções:

1. Promover o aconselhamento e testagem voluntária do HIV entre o efectivo do SNS, a fim de que os seus integrantes possam conhecer o seu estado actual e adoptem medidas apropriadas e eficazes de protecção no caso de HIV- ou de cuidados pessoais e profissionais no caso de HIV+.
2. Melhorar os registos dos recursos humanos do SNS e os sistemas de informática para poder acompanhar as entradas e saídas e detectar mudanças nos seus padrões;
3. Investigar o mais rápido possível as práticas reais de precauções universais entre o pessoal clínico e corrigir as deficiências encontradas;
4. Desenhar, discutir e implementar políticas de profilaxia contra infecções oportunistas e de terapia anti-retroviral para trabalhadores do SNS que se encontram infectados do HIV; e
5. Discutir opções para responder à perda eventual por SIDA de trabalhadores qualificados.

1.4 Recomendações para a Fase 2 do Estudo de Impacto: Acções Prioritárias

1.4.1 Sobre o sistema de recolha de informação relevante e actualizada

À semelhança do que outros estudos revelaram, como por exemplo o do MISAU (2002) em Sofala, o processo de recolha de dados junto das unidades provinciais de saúde confrontou-se com diversas deficiências no registo de recursos humanos do SNS. Isto prejudica sobremaneira as análises e monitoria, neste caso específico, do impacto efectivo da epidemia do SIDA.

A Fase 2 do estudo poderia contemplar a preparação de instruções específicas para melhoria do sistema de informação sobre os recursos humanos no SNS, em termos técnicos e organizativos. Este trabalho deverá contemplar a consideração de sistemas informativos considerados mais adequados ao estudo de impacto do SIDA.

1.4.2 Sobre a prevenção e formas de segurança para reduzir a transmissão do HIV associada às práticas profissionais

Verificando-se que o risco de infecção associado às deficiências de segurança, falta de recursos e más práticas dos técnicos de saúde está ainda pouco avaliado e medido, uma acção prioritária para a Fase 2 seria esclarecer tal assunto, através dum estudo elaborado especificamente para esse efeito. O ideal seria realizar-se uma avaliação dos principais factores de risco de infecção pelo HIV nos recursos humanos do SNS, na sua globalidade, permitindo assim esclarecer especificamente a causa e validade da percepção dos trabalhadores de saúde que acreditam estarem mais expostos à contaminação pelas práticas profissionais do que por via sexual.

1.4.3 Análise dos custos financeiros da prevenção, formação, compensação e tratamento dos trabalhadores afectados pelo HIV/SIDA

A 2ª Fase do estudo deverá proceder à avaliação dos custos financeiros dos factores de risco de infecção pelo HIV nos recursos humanos do SNS, à projecção de tais custos financeiros, tanto os que estarão associados às infecções pelo HIV,

como os custos de acções de prevenção e mitigação dos impactos do HIV/SIDA no sector da Saúde, e à análise de possíveis estratégias para colmatar a perda de técnicos de saúde do SNS.

1.5 Outras Recomendações para Acções Prioritárias

Mesmo que os dados de prevalência do HIV e casos esperados de SIDA sejam sobrestimados, não existem dúvidas que a situação do HIV/SIDA dentro dos recursos humanos do SNS é preocupante. Neste sentido, recomenda-se que o SNS adopte acções prioritárias para minimizar os efeitos eventuais do HIV/SIDA, tais como:

1. Promover o aconselhamento e testagem voluntária do HIV entre o efectivo do SNS, a fim de que os seus integrantes possam conhecer o seu estado actual e adoptem medidas apropriadas e eficazes de protecção, no caso de HIV negativo, ou de cuidados pessoais e profissionais no caso de HIV positivo.
2. Desenhar, discutir e implementar políticas de profilaxia contra infecções oportunistas e de terapia anti-retroviral para trabalhadores do SNS que se encontram infectados com HIV; e
3. Discutir opções para responder à perda eventual por SIDA de trabalhadores, especialmente a dos trabalhadores mais qualificada no SNS.

2 INTRODUÇÃO

O sistema nacional de saúde em Moçambique é um dos principais contribuintes para a melhoria do bem-estar da população moçambicana, pois é ele que fornece grande parte dos cuidados de saúde moderna disponíveis no país.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS), como empregador de recursos humanos que é, ao longo da última década integrou cerca de 15 mil trabalhadores por ano. Uma parte significativa destes trabalhadores encontram-se expostos aos efeitos directos da epidemia do HIV/SIDA, sendo portanto indispensável identificar e compreender os seus efeitos nos principais grupos profissionais, a fim de se poder determinar as suas consequências organizativas, financeiras e humanas, bem como desenvolver mecanismos de protecção e minimização das consequências negativas da epidemia.

O presente trabalho apresenta os resultados do estudo de impacto da epidemia do HIV/SIDA no sector da saúde em Moçambique. O estudo envolveu a actualização dos dados sobre o efectivo de trabalhadores no SNS, trabalho que envolveu a deslocação de funcionários para todas as províncias a fim de recolherem informação estatística junto das direcções provinciais de saúde. A informação reunida abrangeu o período 1994-2002, classificada e organizada por sexo, idade e principais categorias profissionais no sector da saúde, incluindo ingressos e saídas anuais de trabalhadores, bem como principais motivos das saídas.

Considerando que o estudo não contemplou testes clínicos e recolha de dados primários que permitissem determinar a taxa de seroprevalência do HIV entre os trabalhadores de saúde, a única alternativa disponível para a determinação do impacto do SIDA no sector da saúde foi recorrer às taxas de prevalência do HIV/SIDA disponíveis para nível nacional, regional e provincial. Neste caso, as taxas utilizadas foram as divulgadas pelo INE et al. (2002) na publicação *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique*.

O presente documento está organizado em seis secções, para além de alguns anexos relevantes. A secção 1 refere-se ao Sumário Executivo. A secção 2, Introdução, apresenta os objectivos gerais e específicos do estudo, a justificação e contexto da sua realização e a metodologia utilizada. A secção 3 contextualiza o tamanho, tendências de crescimento e composição dos recursos humanos do SNS, no âmbito principalmente do sector público Moçambicano. A Secção 4 apresenta a análise e resultados do impacto do HIV/SIDA no SNS em Moçambique. A secção 5 reúne as conclusões, considerações gerais e sobretudo recomendações para a Fase 2 do estudo de impacto. Finalmente, a secção 6 apresenta as referências.

2.1 Objectivos Gerais do Estudo

O estudo do impacto duma epidemia, neste caso o impacto do SIDA no sector da Saúde de Moçambique, destina-se a avaliar a dimensão dos seus efeitos em termos de perdas (i.e. pessoas infectadas, óbitos, abandonos, gastos de recursos, produtividade) bem projectar os impactos futuros e as necessidades adicionais em recursos humanos, organizativos, financeiros e materiais. Neste contexto, o presente estudo pretende alcançar os seguintes objectivos gerais:

- Estimar o impacto demográfico e financeiro do HIV/SIDA no sector dos recursos humanos do Sistema Nacional de Saúde (SNS).
- Recomendar ao Ministério da Saúde (MISAU) e ao Governo de Moçambique em geral estratégias viáveis para minimizar as consequências da epidemia do HIV/SIDA nos recursos humanos do sector público da saúde.

2.2 Objectivos específicos da 1ª Fase do Estudo

Para a persecução dos objectivos gerais atrás mencionados, o presente estudo foi organizado em duas fases. A 1ª fase do estudo incide nos aspectos demográficos do impacto da epidemia, tendo para o efeito os seguintes objectivos específicos:

1. Determinar com a maior exactidão possível o efectivo do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e analisar o movimento e tendências de entradas e saídas no período 1994-2002. Em particular,
 - Calcular as taxas de entrada de trabalhadores nos recursos humanos do sector de saúde, a nível nacional e regional, segundo sexo e categoria profissional;
 - Calcular as taxas de abandono dos recursos humanos do sector de saúde, a nível nacional e regional, segundo sexo, categoria profissional e motivo de saída do serviço;
2. Estimar as taxas de prevalência do HIV entre os trabalhadores activos do SNS, por sexo, idade e grandes regiões geográfica, estimando o número de óbitos atribuíveis ao SIDA;
3. Projectar as perdas futuras possíveis nos recursos humanos do sector de saúde, por causa do HIV/SIDA, nomeadamente projectar a mortalidade pelo SIDA nos recursos humanos, para o período 2003-2010, segundo categorias profissionais, a nível nacional e regional;
4. Projectar a incidência futura do HIV nos recursos humanos do sector de saúde baseada nas tendências actuais. Isto é, projectar novas infecções pelo HIV nos recursos humanos actuais para o período 2002-2010, segundo categoria profissional, a nível nacional e regional.
5. Preparação de metodologias, materiais e instrumentos a serem utilizados na Fase 2 do Estudo.

A 2ª Fase do estudo deverá proceder à avaliação dos factores de risco de infecção pelo HIV nos recursos humanos do SNS, à projecção dos custos financeiros futuros para o SNS, associados às infecções actuais pelo HIV, à recomendação e estimativa de custos de financiamento de acções de prevenção e mitigação dos impactos do HIV/SIDA no sector da Saúde, e à análise de possíveis estratégias para enfrentar a perda de pessoal dentro do SNS.

2.3 Justificação e Contexto do Estudo

Nos últimos anos, o impacto da epidemia do HIV/SIDA na população moçambicana tem sido avaliado principalmente a nível macro, com incidência na estimativa das taxas de prevalência nacionais, regionais e, recentemente, também provinciais, bem como no estudo de impacto demográfico, económico, social e cultural (MISAU, 2000; INE, 2002, 2003; Arndt, 2002). Existem também vários estudos focalizados em áreas geográficas circunscritas a bairros, comunidades, escolas, ou grupos específicos de risco. Todavia, as pesquisas de impacto sectorial, laboral ou profissional são ainda raras, destacando-se como excepção os estudos de impacto no sector da educação e das alfândegas de Moçambique (Linda and Nonit, 2001; Verde Azul Consult Lda., 2001).

A nível do sector da saúde, o MISAU realizou em 2002 um estudo de impacto do SIDA focalizado na província de Sofala, o qual adiantou alguns dados empíricos e generalizações sobre o impacto da epidemia do HIV/SIDA no sector da saúde em geral. Por exemplo, o referido estudo do MISAU declara que os óbitos entre trabalhadores da saúde, independentemente das suas causas, terão aumentado de 24 em 1995 para 121 em 2001; ou seja, um aumento de mais de 400% num período de seis anos, e que levou os autores do estudo a concluir: “Há suspeitas que uma percentagem substancial de tais óbitos tenha sido causada pela SIDA, e que os números reais de óbitos sejam substancialmente maiores” (MISAU, 2002: 8, 28).

A motivação principal daquele primeiro estudo do MISAU dedicado ao sector da saúde, sobretudo a necessidade de identificar e caracterizar melhor os efeitos da epidemia de SIDA a nível sectorial, continua válida por duas razões principais. Por um lado, o referido estudo de 2002 do MISAU incidiu numa das onze províncias administrativas do país apenas, usando os dados sobre o sector da saúde do país apenas como dados complementares. Por outro lado, e talvez mais importante ainda, continua a não ser claro como é que os indicadores agregados, resultantes das estimativas de taxas de seroprevalência do HIV a nível nacional e regional, se distribuem e configuram em unidades de análise mais desagregadas.

É neste contexto que surge o presente estudo realizado com o objectivo de aprofundar o impacto do HIV/SIDA no sector de saúde em Moçambique, tomando em consideração o que se conhece, e sobretudo o que ficou por esclarecer, de estudos anteriores.

Actualmente, o sistema de saúde nacional integra vários sectores, nomeadamente: sector público, privado com fins lucrativos, e privado com fins não lucrativos. O sector público continua a ser o principal fornecedor de serviços de saúde à escala nacional, e é conhecido como Sistema Nacional de Saúde (SNS). Devido a limitações de recursos financeiros disponíveis para a realização do presente pesquisa, este estudo incide unicamente no sistema de referência formal conhecido por SNS.¹

Os dados mais recentes sobre a vigilância epidemiológica, tornados públicos no início de Novembro 2003, sugerem que a epidemia do HIV-SIDA em Moçambique encontra-se ainda numa fase de expansão, se bem que em estádios de crescimento diferentes nas principais regiões geográficas do país. Na região centro, os dados reforçam a ideia que a epidemia poderá ter já atingido a fase madura, com excepção na Província da Zambézia, onde a epidemia está ainda em expansão. Na região Sul, a epidemia continua a registar uma lenta ascensão, encontrando-se na fase intermédia da evolução da epidemia. Por fim, na região Norte, a epidemia aparenta estar ainda numa fase inicial e de crescimento lento (INE et al., 2002; MISAU, 2003: 22).

Esta compreensão da epidemia do SIDA em Moçambique baseia-se nos dados recolhidos a partir do sistema de vigilância epidemiológica em unidades sanitárias seleccionadas, designadas por postos sentinela.² Desde 1988, o número de postos sentinela tem aumentado o seu grau de cobertura do país, passando de apenas quatro até 1999, para 20 em 2000, e 36 desde 2001.

À falta dum sistema de registo administrativo mais abrangente, sistemático e regular, o sistema de vigilância epidemiológica assente nos postos sentinela tem-se revelado instrumento bastante útil para o conhecimento da progressão da epidemia do SIDA em Moçambique. A Tabela 1.1 apresenta o sumário das taxas de prevalência do HIV

¹ Como reconhece o MISAU no seu PESS 2001-2005, os sectores de saúde privada, com ou sem fins lucrativos, têm vindo a desenvolver-se gradualmente ao longo dos anos passados.

² Os dados são recolhidos entre os meses de Setembro e Novembro numa amostra por posto sentinela de 300 mulheres grávidas que se apresentam consecutivamente na sua primeira consulta pré-natal, e servem de base para estimar as prevalências provinciais, regionais e nacional do HIV, e o impacto demográfico do HIV/SIDA no país.

recolhidas nos referidos postos sentinela, ajustadas às diferenças metodológicas dos dados recolhidos em diferentes anos.³

Tabela 1.1: Evolução Ajustada das Prevalências do HIV por Província; Moçambique 1994-2002

Província	1988	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2001	2002
Maputo Cidade	1.0%	0.8%	1.2%	2.7%	5.6%	9.9%	0.0%	15.5%	17.3%
Maputo Província							14.4%	14.6%	17.4%
Gaza							12.6%	13.9%	16.4%
Inhambane							7.8%	6.7%	8.6%
Zambezia							10.0%	11.6%	12.5%
Sofala					14.8%	15.9%	20.6%	19.7%	26.5%
Manica				7.5%	13.4%	11.9%	17.3%	16.3%	19.0%
Tete				13.2%	16.9%	12.4%	16.3%	13.7%	14.2%
Niassa							6.2%	5.4%	11.1%
Nampula							4.8%	7.2%	8.1%
Cabo Delgado							7.5%	5.9%	7.5%

Fonte: MISAU, 2003.

Estas taxas evidenciam tendências e estádios diferentes nas principais grandes regiões do país, algumas das quais merecem ser destacadas, como forma de melhor se compreender a epidemia no país em geral e, em particular, melhor se contextualizar estudos focalizados, como o presente dedicado ao SNS:

1. Os dados disponíveis sugerem que a seroprevalência na região Sul aumentou de 3% em 1994 para 15% em 2002. A região Centro continua a ser a mais afectada do País, onde as taxas de prevalência do HIV aumentaram de 8% em 1994 para 17% em 2002. A região Norte permanece com níveis de seroprevalência abaixo dos 10% e com um crescimento lento, mas com tendência a aumentar: 5,7% em 2000 e 8,4% em 2002.
2. Na região Sul, as prevalências observadas na ronda 2002 tendem a ser mais elevadas nos Postos Sentinela das províncias de Gaza, Maputo província, Maputo cidade e Inhambane, em ordem decrescente de magnitude.
3. Na região Centro, as prevalências observadas na ronda 2002 tendem a ser mais elevadas nos Postos Sentinela das províncias de Sofala, Zambézia, Manica e Tete, em ordem decrescente de magnitude. Ponta-Gêa, na Cidade de Sofala, continua a ser a taxa de prevalência mais elevada em todo o país.
4. Na região Norte, as prevalências observadas na ronda 2002 tendem a ser mais elevadas nos Postos Sentinela da província de Niassa, seguida de Nampula e Cabo Delgado, em ordem decrescente de magnitude.

As tendências atrás descritas representam agregados com composições, características, e perspectivas de evolução ainda pouco conhecidas. Mas à medida que se realizam estudos aprofundados cada vez mais desagregados e focalizados, a diversidade de representações e tendências parecem aumentar. Pode-se mesmo dizer que Moçambique exhibe actualmente várias epidemias do SIDA, as quais são determinadas pelas diferentes conjunções de vários factores, nomeadamente: o ano de início da epidemia numa determinada região, a fracção inicial da população exposta ao risco de infecção, a força da infecção ou probabilidade de que a exposição ao vírus resulte numa infecção, e o grau de substituição das pessoas que morrem de SIDA por novas pessoas previamente menos expostas ao risco de infecção por via sexual.

Eventualmente, e à semelhança do que acontece com qualquer outra epidemia, é provável que as epidemias de SIDA específicas observadas no país acabem por evoluir segundo o padrão clássico de qualquer processo epidémico. Isto é, que

³ Para mais detalhes metodológicos ver MISAU, 2003.

evoluam segundo as três fases distintas principais geralmente observadas numa epidemia: crescimento lento, crescimento rápido, e plateau (INE, 2002: 13). Mesmo sem qualquer intervenção de prevenção, as epidemias acabam eventualmente por atingir o que se designa por um “plateau”, ou até mesmo por evidenciar uma ligeira redução nas prevalências, por causa do aumento dos óbitos resultantes da epidemia.

Porém, porque os factores determinantes da evolução da curva epidémica são diversos, e a sua acção ou mesmo interacção, pode assumir variadas combinações, então é muito possível que as manifestações e impactos a nível micro e sectorial sejam diferentes e variadas. As variações podem ser identificadas segundo diferentes categorias. As categorias mais conhecidas são as que se referem aos grupos etários e sexos. Por exemplo, estudos populacionais em países vizinhos a Moçambique têm constatado que o grupo de idades dos 20 aos 35 anos acumular o mais número de infecções do HIV e que as mulheres são mais vulneráveis à infecção que os homens.

Entretanto, sobre outras categorias, como por exemplo os grupos profissionais e locais de residência, pouco se sabe ainda. Neste âmbito, e referindo especificamente aos trabalhadores da saúde em Moçambique, várias questões necessitam ainda um estudo detalhado e mais aprofundado: qual é o número de trabalhadores da saúde que já estão infectados com o HIV? Quantos trabalhadores infectados com o HIV poderão encontrar-se já no estágio de SIDA? Quantos óbitos associados ao HIV poderão ter ocorrido entre 1995 e 2002? E quantos óbitos poderão vir a ocorrer ao longo da corrente década?

O presente estudo, nesta sua primeira fase, procura responder ao tipo de interrogações atrás enunciadas.

2.4 Metodologia: métodos, materiais e fontes de dados

Usando as taxas de seroprevalências nacionais e regionais do HIV, pode-se estimar o número provável de trabalhadores da saúde infectados com o HIV, e projectar o impacto possível da epidemia neste sector profissional.

Obviamente, a evolução da morbilidade não depende apenas do SIDA em si, mas também da evolução da morbilidade de doenças directamente associadas a elas como a tuberculose, cólera, e diversas outras doenças infecciosas. Consequentemente, poderá verificar-se uma elevada utilização dos fundos para a assistência social do trabalhador (tais como assistência médica, pensões de aposentação, sobrevivência de sangue, subsídio de morte, etc.) e uma redução da mão-de-obra qualificada.

A dimensão do impacto do HIV/SIDA a nível sectorial depende de factores vários: número e qualidade da força de trabalho, peso de um possível aumento da morbimortalidade tenha nos custos de assistência social ao trabalhador e da forma de utilização da força de trabalho em cada sector, formas de protecção, entre outros.

Para a determinação da dimensão do impacto e projecção futura do impacto da epidemia no sector da saúde vários foram os métodos utilizados no âmbito desta pesquisa.

2.3.1 Materiais e Fontes de Dados

Do ponto de vista metodológico, a primeira preocupação da equipa de estudo foi determinar, com a maior exactidão possível, o efectivo do Sistema Nacional de

Saúde (SNS), incluindo os movimentos e tendências de entradas e saídas de trabalhadores, no período 1994-2002. Para isto, a direcção central do MISAU organizou equipas de recolha de dados actualizados, envolvendo uma dúzia de funcionários que se deslocaram a todas as províncias para recolherem a informação directamente nas direcções provinciais de saúde e unidades de saúde afins.

A recolha de dados obedeceu a formatos previamente padronizados em fichas modelo preparadas para registar o seguinte tipo de informação:

Ficha 1: Número de Funcionários activos por categoria, sexo e grupos etários – Janeiro 2003

Ficha 2: Número de Ingressos 1994-2002

Ficha 3: Número de Saídas 1994-2002 por categoria e motivo de abandono, incluindo óbitos por doença, independentemente das suas possíveis causas.

Ficha 4: Número de funcionários por estabelecimento e categoria – Janeiro 2003

Os dados reunidos nestas fichas foram organizados de maneira a podem servir de base para aplicação das taxas de seroprevalência do HIV disponíveis a nível nacional e regional, e proceder às análises de impacto da epidemia de SIDA possíveis.

2.3.2 Métodos: O recurso ao Modelo do Impacto do SIDA (AIM)

Nesta 1ª Fase do estudo, tanto a estimativa das taxas actuais do HIV e mortalidade atribuíveis ao SIDA, como as projecções de mortalidade futura e da incidência de novas infecções, foram calculadas aplicando os dados das projecções do HIV/SIDA oficiais de 2002 às estatísticas do efectivo de recursos humanos no sector de saúde em Moçambique.

Neste contexto, um dado que se revelou crucial na exactidão da estimativa da prevalência do HIV no SNS diz respeito ao número de saídas do efectivo devido a óbitos por doença. Isto permitiu aplicar as taxas regionais disponíveis às saídas por óbito por motivos de doença, e não apenas ao efectivo total.

O Modelo do Impacto do SIDA, conhecido por AIM, é um programa computadorizado em que assentam as projecções sobre as prevalências, e que pode ser usado para projectar o número futuro de infecções pelo HIV, os casos do SIDA e as mortes decorrentes do SIDA, segundo um pressuposto de prevalência do HIV em adultos (Stover, 2003).⁴ Por isso, o AIM serviu também de recurso metodológico básico para o presente estudo.

Sempre que possível os dados recolhidos foram confrontados com os de outras fontes, como por exemplo os dados do estudo do MISAU de 2002.

2.3.3 Limitações do Estudo

Uma das principais limitações do estudo foi identificada, logo no início da pesquisa de campo, pelos próprios funcionários que se deslocaram às províncias para

⁴ Sobre a metodologia específica de preparação das projecções do AIM veja as versões mais recentes de Stover (2001, 2003).

recolher os dados básicos sobre o efectivo existente nos últimos cinco anos. Como relataram tais funcionários nos seus relatórios de trabalho, o sistema de informação de pessoal nas províncias não está actualizado, obrigando a recorrer a fontes e dados de base paralelas e complementares, a fim de se poder minimizar as omissões. No que diz respeito especificamente aos ingressos e, sobretudo, às saídas, nem sempre foi possível encontrar os dados para todos os anos, idades, sexos e categorias profissionais.

Nas actuais circunstâncias, o sistema de informação disponível nas províncias não permite identificar a doença causadora da morte dum determinado trabalhador e, desta forma, determinar-se extremamente difícil determinar a proporção de óbitos directamente causados por SIDA.

Este problema da fragilidade, escassez e fraca fiabilidade da informação quantitativa nas unidades sanitárias foi abordado, de forma detalhada e bem ilustrada, no estudo do MISAU de 2002 focalizado na província de Sofala. Da experiência de recolha de dados no âmbito deste estudo, os problemas identificados no estudo do MISAU (2002) sobre Sofala afectam, com maior ou menor gravidade, as demais províncias.

Outra limitação deste estudo diz respeito à natureza da metodologia disponível, nomeadamente o recurso a técnicas indirectas, por não se dispor de informação actualizada e fiável baseada em testes clínicos efectuados directamente aos trabalhadores. Assim, nesta Fase 1 do estudo, recorreu-se às taxas de seroprevalência do HIV estimadas a nível nacional e regional para aplicá-las aos dados empíricos recolhidos nas direcções dos recursos humanos provinciais.

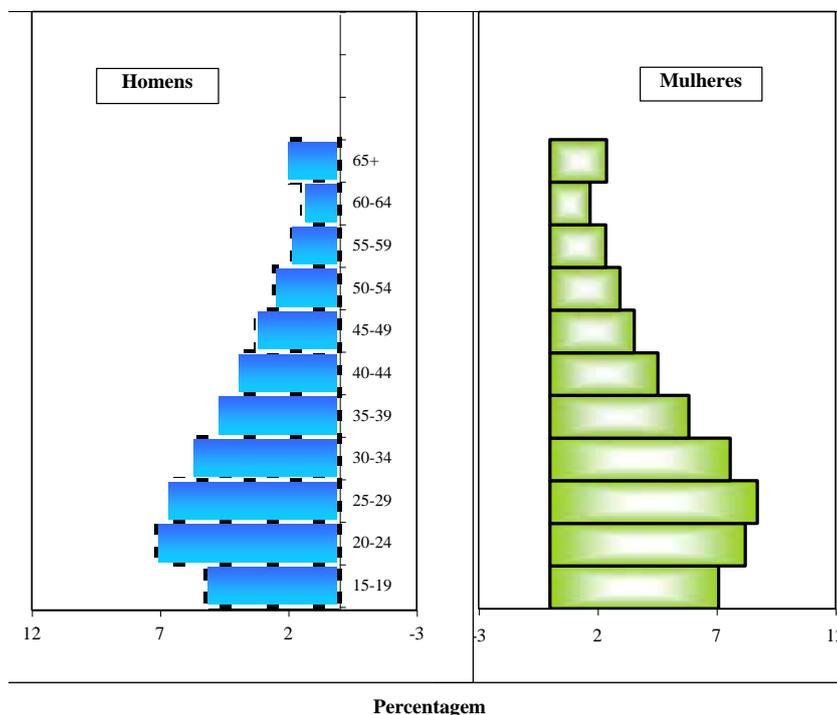
3 OS RECURSOS HUMANOS DO SISTEMA NACIONAL DA SAÚDE: 1994-2002

O levantamento do número de trabalhadores existentes no SNS, realizado junto das DPSs, no âmbito do presente estudo, indicou existirem 15.101 trabalhadores em Dezembro de 2002, dos quais 44% mulheres e 56% homens. Em termos de distribuição regional, 29% dos trabalhadores encontravam-se na região Norte, 46% na região Centro e 24% na região Sul.

3.1 Efectivo do SNS no Contexto da Força de Trabalho Moçambicana

Os Gráficos 3.1 e 3.2 abaixo permitem comparar a estrutura demográfica dos recursos humanos Moçambicanos, por sexos e idades, com a dos trabalhadores do Sistema Nacional de Saúde. A força de trabalho moçambicano em geral apresenta uma composição típica dum país subdesenvolvido: distribuição das idades numa forma de acento circunflexo, resultante duma mortalidade e natalidade bastante elevadas, implicando a existência duma base muito larga (elevadas proporções de jovens) e um topo muito reduzido (diminutas proporções de idosos).

Gráfico 3.1
Pirâmide da Força de Trabalho, Moçambique, Projecção 2002



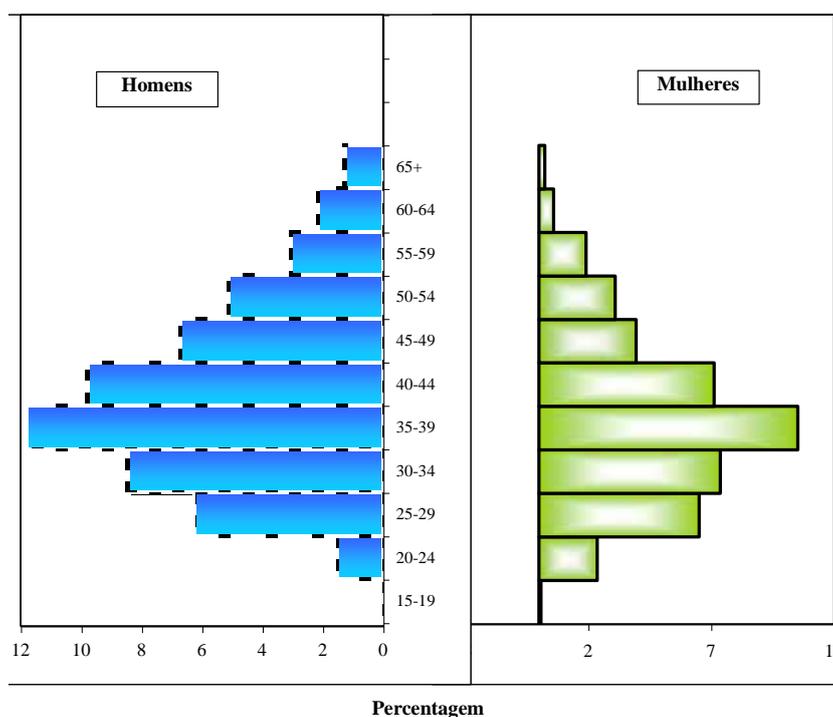
O INE (2001), no seu inquérito nacional conhecido por QUIBB2001, estimou uma taxa de participação da força de trabalho moçambicana em 71%, correspondendo a um total de aproximadamente sete milhões de trabalhadores em 2001.

Trata-se duma percentagem relativamente elevada, quando comparada com taxas baseadas em definições de força de trabalho mais conservadoras. Em Moçambique, a taxa de participação económica explica-se pelo grande envolvimento da mulher na

actividade agrícola (72%, ligeiramente superior à masculina (69%). Aliado ao seu maior envolvimento na actividade agrícola, as mulheres apresentam uma menor frequência escolar. Isto é particularmente notório no grupo 15-24 anos, como mostra a pirâmide no Gráfico 3.1. Só a partir do grupo etário 25-29 anos é que as taxas de participação tendem a ser superiores nos homens.

Por seu turno, contrariamente à característica bastante jovem da população moçambicana, no sector de saúde a idade média dos trabalhadores aproxima-se dos 44 anos. Cerca de 55% do efectivo no SNS concentra-se no grupo dos 30-44 anos.

Gráfico 3.2
Pirâmide dos trabalhadores da saúde, Moçambique, 12/2002



A Tabela 3.1 resume a distribuição do efectivo total no SNS por grandes regiões, sexo e idades, referente ao ano 2002.

Tabela 3.1: Distribuição do Efectivo do SNS por Sexos e Grupos de Idades, Dezembro 2002

Age	NORTE			CENTRO			SUL			PAÍS		
	Male	Female	Total									
All ages	2,841	1,658	4,499	4,106	2,537	6,643	1,537	2,422	3,959	8,484	6,617	15,101
15-19	4	5	10	1	3	4	0	4	4	5	12	18
20-24	71	103	174	131	188	320	30	67	97	232	358	591
25-29	295	289	584	515	440	955	135	255	390	945	984	1,929
30-34	412	275	688	699	492	1,191	167	347	514	1,278	1,114	2,392
35-39	606	371	977	892	636	1,528	283	582	865	1,781	1,589	3,371
40-44	447	222	668	746	345	1,091	285	509	794	1,478	1,076	2,554
45-49	318	145	464	445	204	649	249	248	497	1,012	598	1,610
50-54	277	132	409	322	123	445	175	213	388	774	468	1,242
55-59	171	78	249	182	70	252	107	142	249	460	290	750
60-64	138	28	166	110	18	128	78	45	123	326	91	417
65-69	103	9	111	62	17	79	28	10	38	192	36	228

Os Gráficos 3.3 a 3.5 ilustram a estrutura etária do efectivo do SNS, desagregado pelas três grandes regiões geográficas do país: norte, centro e sul. Um aspecto imediatamente visível é a semelhança das representações gráficas por idades e

sexos no norte e centro. Nestas duas regiões mais de 60% dos trabalhadores são homens, enquanto no sul se observa precisamente o inverso (61% de mulheres e 30% de homens).

Gráfico 3.3
Pirâmide dos trabalhadores da saúde, Região Norte Moçambique, 12/2002

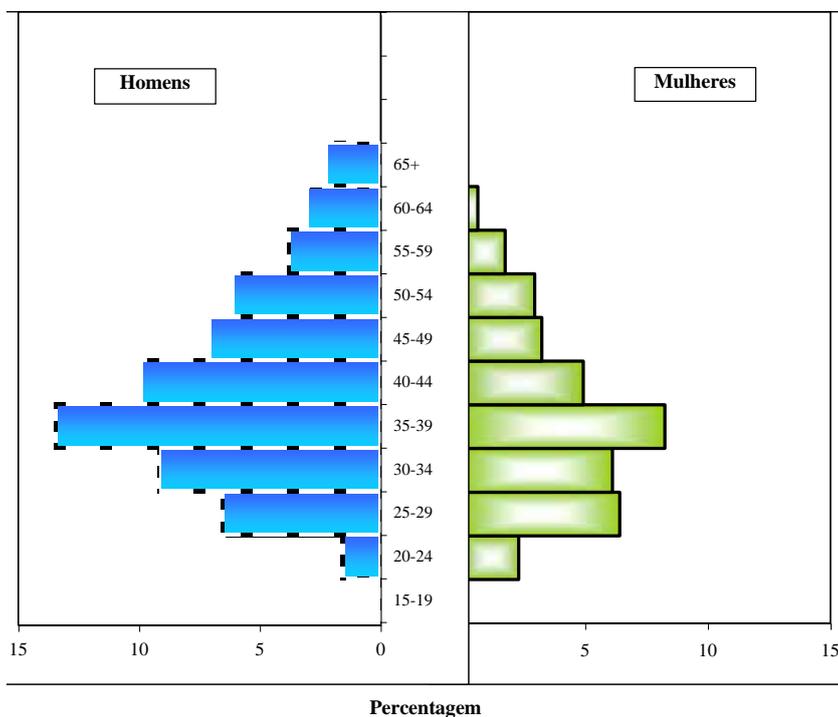


Gráfico 3.4
Pirâmide dos trabalhadores de Saúde, Região Centro Moçambique, 12/2002

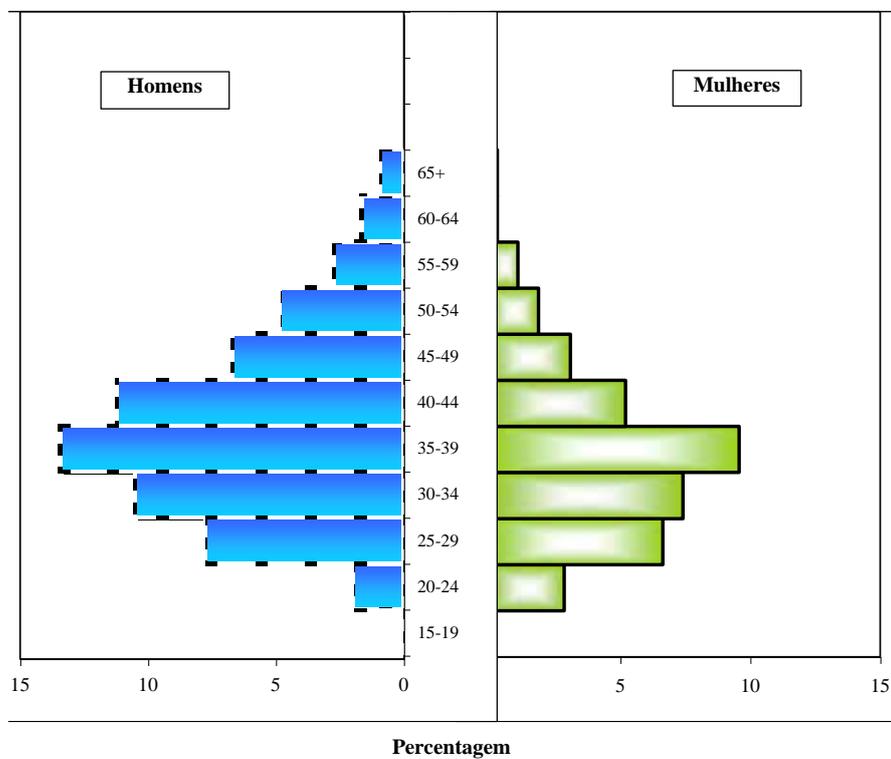
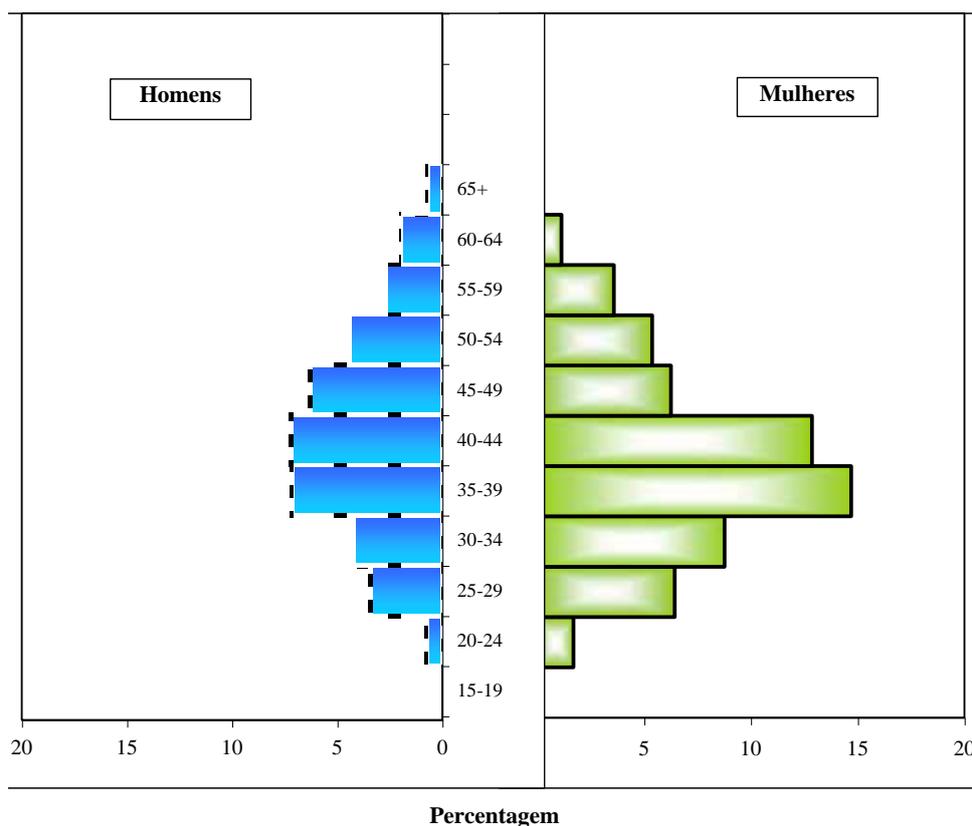


Gráfico 3.5
Pirâmide dos trabalhadores da saúde, Região Sul Moçambique, 12/2002

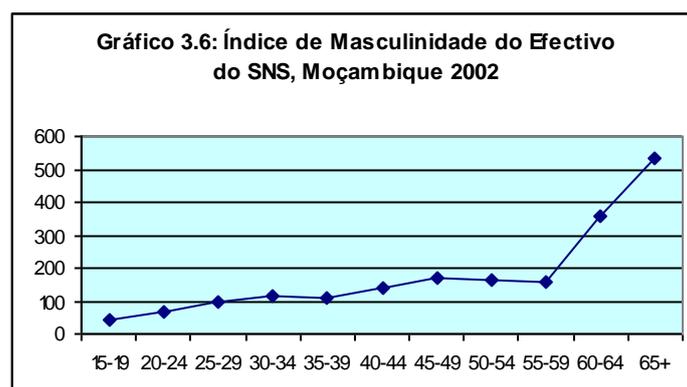


3.2 Relação de masculinidade do efectivo no SNS

A assimetria entre os sexos e idades na pirâmide etária do SNS manifesta-se também no desequilíbrio observado no índice de masculinidade: 128 para o efectivo geral, o que significa que o SNS possui 128 homens por cada 100 mulheres.

Mas a assimetria nas relações de masculinidade são ainda mais acentuadas quando se considera o comportamento do índice segundo os grupos etários.

O efectivo masculino aumenta progressivamente à medida que se avança na idade, se bem que parta dum nível muito baixo no grupo dos 15-19 anos: 43 homens por 100 mulheres. Por volta dos 30 anos observa-se o equilíbrio na relação de masculinidade. Acima dos 30 anos o índice de masculinidade aumenta bruscamente, sobretudo a partir dos 55 anos, atingindo 533 homens por cada 100 mulheres no grupo dos 65 e mais. Este último se deve às políticas nacionais de reforma que permitem que as trabalhadoras femininas se reformem mais cedo do que os homens.



3.3 A evolução do efectivo no SNS entre 1994 e 2002

3.3.1. Os trabalhadores do SNS no contexto dos trabalhadores do Sector Público

Antes de prosseguir, vale a pena começar por determinar o peso do sector da saúde no sector público e da força de trabalho em geral, permitindo assim perceber a dimensão do sector em análise.

O último recenseamento nacional, realizado pelo INE (1999) indicou existirem naquele ano 126.548 trabalhadores empregues no Aparelho de Estado em 1997, o que representava cerca de dois por cento da população economicamente activa recenseada no mesmo ano.

Numa estimativa mais recente do INE (2001), o QUIBB estimou a força de trabalho assalariada em 1,5 milhões de pessoas em 2000, ou seja 11% da população economicamente activa. O QUIBB adianta ainda uma estimativa de 140 mil trabalhadores em 2000 no sector público, o que representa cerca de dois por cento dos trabalhadores assalariados do país.

Sulemane e Kayizzi-Mugerwa (2001), num artigo sobre o sector público em Moçambique, estimaram o número de funcionários públicos em 121.562 trabalhadores em 2000, e um crescimento deste efectivo em aproximadamente 16%, relativamente ao efectivo em 1990.

Em contra partida, tal como sugerem a Tabela 3.2 e o Gráfico 3.7, o peso do efectivo de trabalhadores de saúde no sector público terá diminuído na última década, de 24% em 1990 para 14% em 2000.

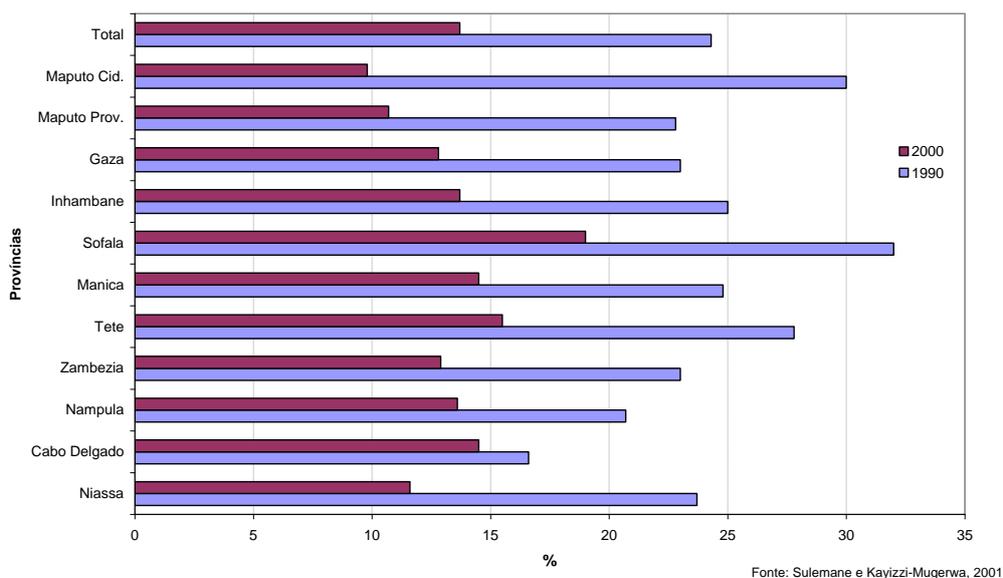
Tabela 3.2: Distribuição dos Funcionários Públicos por Província e Destaque do Peso do Sector da Saúde, 2000

Províncias	% da População (17.2m)	Funcionários Públicos				Variação 1990-2000	Trabalhadores no Sector da Saúde			
		1990	%	2000	%		1990	%	2000	%
Niassa	5	5,803	5.5	7,164	5.9	19	1,375	23.7	831	11.6
Cabo Delgado	8.5	9,422	9.0	7,598	6.3	-24	1,564	16.6	1,102	14.5
Nampula	18.9	13,094	12.5	15,776	13.0	17	2,710	20.7	2,146	13.6
Zambezia	19.2	10,519	10.0	12,828	10.6	18	2,419	23	1,655	12.9
Tete	7.6	7,058	6.7	8,076	6.6	12.6	1,962	27.8	1,252	15.5
Manica	6.6	5,654	5.4	7,094	5.8	20.3	1,402	24.8	1,029	14.5
Sofala	8.4	9,488	9.0	10,061	8.3	5.7	3,036	32	1,912	19.0
Inhambane	7.3	7,383	7.0	7,203	5.9	-2.5	1,846	25	987	13.7
Gaza	7	6,832	6.5	7,853	6.5	13	1,571	23	1,005	12.8
Maputo Prov.	5.4	217	0.2	8,694	7.2	97.5	50	22.8	930	10.7
Maputo Cid.	5.9	9,619	9.2	13,644	11.2	29.5	2,886	30	1,337	9.8
Serviços centrais		19,911	19.0	15,571	12.8	-21.8				
Total	100	105,000	100	121,562	100	15.8	25,515	24.3	16,654	13.7

Fonte: World Bank 1991, dados não publicados do MAE e do MFF, citados por Sulemane and Kayizzi-Mugerwa, 2001.

Segundo Sulemane e Kayizzi-Mugerwa, deficiências no registo dos efectivos poderão, em parte, explicar a redução observada no SNS. Mas uma explicação mais plausível parece relacionar-se com a própria política do MISAU de contenção do crescimento do número de trabalhadores auxiliares comparativamente aos trabalhadores de saúde de nível médio e superior (MISAU, 1991, 2001).

Gráfico 3.7: Peso do Efectivo de Trabalhadores da Saúde no Sector Público, 1990 e 2000



Com efeito, alguns documentos do MISAU, referentes ao início da década de 90, indicam que este Ministério adoptou um plano de reestruturação dos recursos humanos, visando alterar a composição profissional do seu efectivo, que se caracterizava na altura por uma proporção excessiva de pessoal técnico de nível elementar e básico, por um lado, e uma percentagem reduzida de técnicos médios e de formação universitária, por outro (MISAU, 1991; Pavignani, 2000?). Como sublinha Pavignani, num artigo de 1995, a reestruturação dos recursos humanos obedeceu a um plano formulado em 1992 e, na sua opinião, se o ritmo das mudanças observado na primeira parte da década de 90 se mantivesse até finais da década 90, por volta de 2002 o número de trabalhadores no SNS deveria aproximar-se da meta planificada no Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH).

3.3.2. O efectivo do SNS segundo a recolha de dados junto às DPSs

Sendo um dos principais objectivos do presente trabalho determinar a dimensão do impacto da epidemia do SIDA no sector de saúde, foram recolhidos dados específicos e actualizados sobre o efectivo de trabalhadores existe, incluindo o movimento de entradas e saídas do SNS por sexo, idade e categoria profissional entre 1994 e 2002.

A Tabela 3.3 apresenta o sumário do efectivo registado junto das DPSs. O efectivo de trabalhadores em 1994 foi estimado em retrospectiva, a partir do movimento de ingressos e saídas de trabalhadores, entre 1994 e 2002, segundo o sexo, idades e categorias profissional.

Tabela 3.3: Sumário dos Efectivos, Ingressos e Saídas de Trabalhadores do SNS, 1994-2002

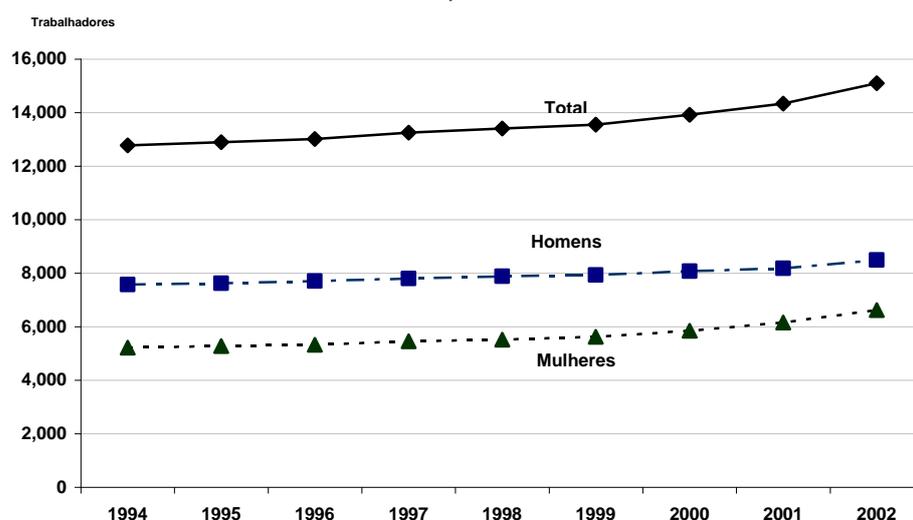
	Efectivo Jan-94		1994-2002: Movimento Total de			Efectivo Jan-02	
	Nº	%	Entradas	Saídas	Balanço	Nº	%
País	12,396		4,934	2,438	2,496	15,101	
Norte	3,645	29%	1,679	825	854	4,499	30%
Niassa	871		418	186	232	1,103	
Cabo Delgado	1,035		210	196	14	1,049	
Nampula	1,739		1,051	443	608	2,347	
Centro	5,717	46%	1,728	802	926	6,643	44%
Zambézia	1,746		420	141	279	2,025	
Tete	993		675	175	500	1,493	
Manica	1,119		136	120	16	1,135	
Sofala	1,859		497	366	131	1,990	
Sul	3,034	24%	1,736	811	925	3,959	26%
Inhambane	760		353	48	305	1,065	
Gaza	945		270	284	-14	931	
Maputo Prov	629		241	117	124	753	
Maputo Cidade	700		872	362	510	1,210	

Comparando os dados da Tabela 3.3 com os da secção anterior, observam-se discrepâncias significativas, certamente resultantes de diferenças de registo de dados a nível central e provincial do MISAU.⁵ Porém, apesar das diferenças nos números absolutos, compreensíveis quando se utilizam diferenças de fontes com as limitações específicas, pelo menos relativamente à segunda metade da década de 90 a tendência de crescimento do efectivo no SNS é positiva.

Os dados do PESS2001-05 (MISAU, 2001: 15) indicam uma ligeira diminuição do número de trabalhadores na década de 90 (menos 234 trabalhadores em 2000 do que em 1990), mas na segunda parte desta década o efectivo aumentou. Segundo os dados recolhidos no âmbito desta pesquisa, conforme mostra a Tabela 3.3, o balanço líquido de entradas e saídas foi de uma entrada de 2.506 trabalhadores entre 1994 e 2002. Nestes termos, pelo menos no período 1994-2000 o efectivo do SNS aumentou a uma taxa anual média de 2,1%, sendo a taxa de crescimento do efectivo feminino de 3% contra 1,4% para o efectivo masculino (Gráfico 3.8).

⁵ O estudo do MISAU (2002) sobre Sofala oferece uma outra referência de comparação dos efectivos, neste caso apenas para aquela província. As diferenças anuais dos efectivos destas daquele estudo e deste oscilam entre 2 a 3%.

Gráfico 3.8: Evolução dos Recursos Humanos no Sistema Nacional de Saúde, Moçambique 1994-2002



Comparativamente aos dados do MISAU (2001), em 2001 o PESS2001-2005 afirma ter corrigido, pelo menos em parte, a distorção profissional existente no início da década de 90, tendo aumentado consideravelmente a proporção de técnicos médios e ligeiramente o número de técnicos com formação universitária. Segundo esta mesma fonte, em 1990 os trabalhadores auxiliares e não directamente de saúde representavam 51% do efectivo, contra 7% de trabalhadores médios e superiores. Já em 2000, os auxiliares e outros tinham reduzido para 41%, enquanto os técnicos médios e superiores representavam 19% (MISAU, 2001: 14-15).

Qual a relevância desta mudança na composição profissional do efectivo do SNS em termos de impacto da epidemia do HIV/SIDA? Por paradoxal que possa parecer, à primeira vista, o aumento da proporção de trabalhadores de saúde comparativamente ao pessoal auxiliar no SNS aumenta o número de trabalhadores de saúde que se expõem ao risco de infecção por doenças, incluindo o vírus HIV. Para além dos factores de risco a que qualquer pessoa numa determinada comunidade está exposta (i.e. a transmissão via sexual), os trabalhadores da saúde expõem-se também frequentemente ao contacto com sangue e outros líquidos ou fluidos corporais de pacientes susceptíveis de estarem infectados. Isto é particularmente relevante em países como Moçambique, onde os trabalhadores de saúde são frequentemente chamados a socorrer doentes, em circunstâncias inesperadas e em condições de higiene e segurança inadequadas.

4. ESTIMATIVA DO IMPACTO DO HIV/SIDA NO SECTOR DA SAÚDE EM MOÇAMBIQUE

4.1 Entradas e Saídas no Efectivo do SNS: 1994-2002

A Tabela 3.4 apresenta a percentagem de trabalhadores que entraram no SNS, por grandes regiões e principais carreiras profissionais no sector da saúde. As cerca de 100 categorias na carreira profissional do SNS foram agrupadas e classificadas em cinco categorias: (1) médica generalista (médico de clínica geral, médico estomatologista, etc.); (2) técnica superior, média e auxiliar de saúde (técnico de enfermagem, enfermeira do SMI, Técnico de odontoestomatologia, etc.); (3) Assistentes e auxiliares técnicos de saúde (agente de medicina, agente de farmácia, agente de laboratório, parteira elementar); (4) Técnicos profissionais e auxiliares administrativos (assistente administrativo, dactilógrafo, técnico de relações profissionais, economista, contabilista, etc.); (5) Agentes de serviço (guardas, serventes, porteiros, Jardineiro).

A partir da Tabela 3.4, e contrariamente ao que o PESS2001-05 preconizava, constata-se que à medida que os anos têm passado a proporção de profissionais de saúde de nível superior tem diminuído em vez de aumentado. Por exemplo, a nível de todo o país, a proporção de médicos e técnicos superiores e médios de saúde diminui de 69%, no início de 1994, para 39% em finais de 2002. Em contra partida, a categoria de agentes de serviço (carpinteiros, cozinheiros, porteiros, serventes, etc.) aumentou de 5%, no início de 1994, para 21%, em finais de 2002.

Tabela 3.4: Entradas de Trabalhadores no Sistema Nacional de Saúde, Moçambique 1994 - 2002

Carreira/Categoria	(em percentagem)														
	Jan-94			Jan-97			Jan-00			Jan-02			TOTAL 12/2002		
Carreiras Específicas de Saúde	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
PAÍS (em %)															
1 Médica Generalista	11	12	12	12	6	9	4	4	4	2	3	2	6	5	5
2 Técnica Superior, Média e Auxiliar de Saúde	46	59	50	34	26	31	20	18	19	19	21	20	32	36	34
3 Assistentes e Auxiliares Técnicos de Saúde	33	21	29	35	30	33	34	43	38	33	40	37	30	33	31
4 Técnico Profissional e Auxiliares Administrativos	7	3	5	9	5	7	12	7	10	9	6	7	11	6	8
5 Agente de Serviço	3	5	4	10	34	20	30	27	29	37	30	33	22	21	21
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Pais - Número Absoluto de Entradas	205	114	319	291	215	506	370	337	707	500	594	1094	2638	2281	4919
% das entradas em relação ao efectivo	3%	2%	3%	4%	4%	4%	5%	6%	5%	6%	10%	8%	31%	34%	33%
NORTE (em %)															
1 Médica Generalista	31	0	26	11	0	9	2	1	1	1	1	1	4	1	3
2 Técnica Superior, Média e Auxiliar de Saúde	41	63	45	38	47	40	16	10	14	21	18	19	30	29	30
3 Assistentes e Auxiliares Técnicos de Saúde	26	38	28	31	42	33	31	41	35	23	39	31	27	35	30
4 Técnico Profissional e Auxiliares Administrativos	3	0	2	6	0	4	16	13	15	4	3	3	13	8	11
5 Agente de Serviço	0	0	0	15	11	14	35	35	35	52	39	45	26	26	26
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Norte - Total de Ingresso 1994-2002	39	8	47	72	19	91	195	129	324	200	218	418	989	690	1679
CENTRO (em %)															
1 Médica Generalista	3	9	5	10	4	9	3	3	3	1	1	1	3	2	3
2 Técnica Superior, Média e Auxiliar de Saúde	30	59	37	20	35	24	11	6	8	8	13	10	19	21	20
3 Assistentes e Auxiliares Técnicos de Saúde	62	18	51	50	43	48	47	55	51	48	62	55	41	51	45
4 Técnico Profissional e Auxiliares Administrativos	3	5	4	12	9	11	6	1	3	13	9	11	10	5	8
5 Agente de Serviço	2	9	4	8	9	8	32	35	34	30	15	23	27	21	25
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Centro - Total de Ingresso 1994-2002	61	22	83	128	46	174	117	125	242	186	157	343	907	612	1519
SUL (em %)															
1 Médica Generalista	9	14	11	16	7	10	10	12	11	7	5	6	10	9	9
2 Técnica Superior, Média e Auxiliar de Saúde	57	58	58	51	21	32	53	51	52	35	30	32	52	49	50
3 Assistentes e Auxiliares Técnicos de Saúde	19	20	20	16	24	21	16	27	22	25	26	26	20	21	20
4 Técnico Profissional e Auxiliares Administrativos	10	2	7	7	4	5	12	8	10	10	6	8	9	5	7
5 Agente de Serviço	5	5	5	10	45	32	9	2	5	23	32	29	9	16	13
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Sul - Total de Ingresso 1994-2002	105	84	189	91	150	241	58	83	141	114	219	333	742	979	1721

Por sua vez, a Tabela 3.5 resume o movimento de saídas de trabalhadores do SNS, por grandes regiões e motivos principais de saída. Os motivos das saídas foram classificados nas seguintes categorias: (1) Óbito por doença; (2) Óbito por outras causas (i.e., homicídio, acidente de viação); (3) Expulsão (4) Demissão (5) Transferência; (6) Abandono; (7) Desligado do SNS; (8) Aposentação; (9) Exoneração; (10) Incapacidade física.

Para efeitos do presente estudo, o aspecto mais importante relacionado com o movimento de saída de trabalhadores refere-se ao peso dos óbitos nas saídas, sobretudo os óbitos por motivos de doença. Mesmo não sabendo a doença específica associada à causa de morte ou saída do efectivo, é importante distinguir esta causa específica, dos demais motivos de saída não relacionados com factores directa ou indirectamente associado à epidemia do SIDA.

Tabel 3.5: Movimento de Saídas de Trabalhadores do SNS, Moçambique 1994-2002									
Categorias Profissionais por regiões									
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Norte - Número de saídas 1994 - 2002 por categoria e motivo de abandono									
1 Óbito por doença	8	13	27	33	53	31	37	31	33
2 Óbito - outras causas (i.e., homicídio, acidente de	0	2	0	0	2	4	1	2	0
3 Expulsão	8	8	4	14	9	18	21	20	15
4 Demissão	3	4	2	5	4	8	8	10	5
5 Transferência	4	5	18	16	34	37	41	35	28
6 Abandono	0	2	2	3	2	0	2	0	0
7 Desligados	0	4	10	8	9	10	15	7	6
8 Aposentação	3	3	10	15	16	8	14	10	3
9 Exoneração	0	0	0	0	0	2	0	0	0
10 Incapacidade física	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Norte - Total de Perdas 1994-2002	26	41	73	94	129	118	139	115	90
Efectivo em Janeiro	3645	3666	3679	3635	3632	3658	3741	3926	4171
% perda	0.7%	1.1%	2.0%	2.6%	3.6%	3.2%	3.7%	2.9%	2.2%
%Óbito por doença	0.2%	0.4%	0.7%	0.9%	1.5%	0.8%	1.0%	0.8%	0.8%
Centro - Número de saídas 1994 - 2002 por categoria e motivo de abandono									
1 Óbito por doença	15	17	11	53	61	71	72	113	74
2 Óbito - outras causas (i.e., homicídio, acidente de	0	2	0	1	2	2	1	4	10
3 Expulsão	6	4	1	5	14	4	5	11	9
4 Demissão	5	2	4	3	7	2	1	7	2
5 Transferência	9	2	3	5	14	3	9	8	10
6 Abandono	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 Desligados	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8 Aposentação	3	0	0	7	24	7	16	26	52
9 Exoneração	0	0	0	0	1	1	0	0	1
10 Incapacidade física	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Centro - Total de Perdas 1994-2002	38	27	19	74	123	90	104	169	158
Efectivo em Janeiro	5926	5971	6022	6124	6224	6242	6244	6382	6458
% perda	0.6%	0.5%	0.3%	1.2%	2.0%	1.4%	1.7%	2.6%	2.4%
%Óbito por doença	0.3%	0.3%	0.2%	0.9%	1.0%	1.1%	1.2%	1.8%	1.1%
Sul - Número de saídas 1994 - 2002 por categoria e motivo de abandono									
1 Óbito por doença	11	9	16	21	13	17	30	27	27
2 Óbito - outras causas (i.e., homicídio, acidente de	0	0	0	0	0	1	1	1	2
3 Expulsão	11	12	15	6	7	5	2	1	0
4 Demissão	5	2	3	16	6	2	3	0	2
5 Transferência	8	5	13	7	12	12	6	5	14
6 Abandono	19	12	10	5	2	8	10	0	0
7 Desligados	0	0	0	0	0	3	0	0	1
8 Aposentação	32	30	43	39	42	17	40	37	34
9 Exoneração	0	3	0	2	2	2	1	0	0
10 Incapacidade física	2	2	16	9	6	17	6	2	1
Sul - Total de Perdas 1994-2002	88	75	116	105	90	84	99	73	81
Efectivo em Janeiro	3034	3034	3135	3189	3268	3404	3511	3566	3608
% perda	2.9%	2.5%	3.7%	3.3%	2.8%	2.5%	2.8%	2.0%	2.2%
%Óbito por doença	0.4%	0.3%	0.5%	0.7%	0.4%	0.5%	0.9%	0.8%	0.7%

Os dados da Tabela 3.5 indicam que as saídas de trabalhadores do SNS por motivos de doença rondam os 38%. Este valor poderá estar de algum modo sobrestimado, principalmente por causa dos dados do Centro (sobretudo na Zambézia e Manica), onde não se conseguiu obter dados sobre todas as principais causas de saída para todos os anos. Assim, o valor de 61% de saídas por óbitos associados a doença no Centro sobrestima o peso desta causa relativamente às demais causas, devido à falta de dados sobre todas as causas de saída.

Considerando esta limitação dos dados e, tomando em consideração os dados das outras duas regiões, pode-se inferir que o peso dos óbitos por doença deverá estar mais próximo dos 30% ou, quando muito, um terço de todas as causas de saídas de trabalhadores do SNS.

4.2 Estimativa da Prevalência e Incidência do HIV no SNS em 2002

Em grande parte das análises de impacto da epidemia do SIDA disponível, as taxas de prevalência do HIV/SIDA utilizadas são as calculadas para o nível nacional ou grandes regiões do país, a partir de técnicas indirectas.

Contudo, dispondo de informação específica sobre o movimento de entradas e saídas do efectivo num determinado sector, torna-se possível identificar com maior exactidão a proporção de trabalhadores susceptíveis, por um lado, de estar infectada pelo vírus HIV e, por outro, de terem já falecido devido a doenças directamente ou indirectamente associadas à SIDA.

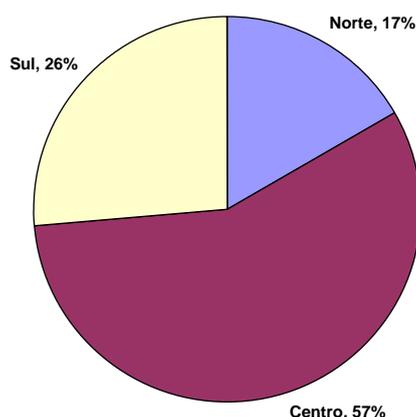
4.2.1 Estimativa da Potencial Prevalência do HIV no SNS em 2002

A Tabela 4.1 apresenta o número de trabalhadores que podem ser infectados pelo vírus em 2002, número estimado a partir das taxas de prevalência do HIV da população adulta (INE, 2002: 43), classificadas por grupos de idade, sexos e grandes regiões. Assim, segundo os dados na Tabela 4.1, em finais de 2002 cerca de 17% dos trabalhadores do SNS (ou seja, 2.554) estariam já infectados com o HIV, sendo 59% do sexo masculino e 41% do sexo feminino.

Age	NORTE			CENTRO			SUL			PAÍS		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
All ages	280	149	428	937	514	1,450	299	376	675	1,516	1,038	2,554
15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
20-24	2	12	14	8	45	53	2	14	15	12	71	83
25-29	28	34	61	107	108	215	26	54	80	160	196	356
30-34	59	32	91	220	118	338	48	73	121	327	223	550
35-39	81	30	111	263	132	394	76	93	169	420	255	675
40-44	43	15	58	157	50	207	55	64	119	255	129	384
45-49	27	12	39	84	35	118	43	37	79	154	83	237
50-54	24	9	33	61	18	79	30	27	57	115	54	169
55-59	10	3	13	24	6	30	13	10	23	46	19	65
60-64	5	1	6	9	1	10	6	3	9	20	5	26
65-69	2	0	2	4	1	5	1	1	2	7	2	9

O Gráfico 4.1 mostra a distribuição regional dos possíveis 2.554 trabalhadores do SNS infectados com o HIV em 2002. Grande parte desta prevalência concentra-se no centro do país, de acordo com as taxas de seroprevalência regionais aplicadas nesta estimativa.

Gráfico 4.1: Distribuição Regional dos Possíveis Casos de HIV, 2002



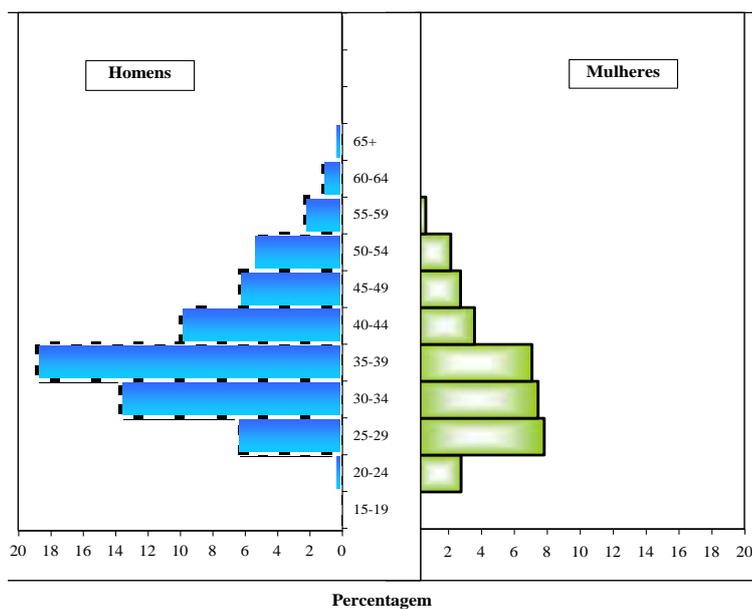
No entanto, a conjugação das diferenças na composição dos trabalhadores do SNS por idades e sexos e das taxas regionais de prevalência do HIV dão origem a pirâmides etárias específicas dos possíveis trabalhadores infectados com o HIV e possíveis novos casos de SIDA.

Cerca de um quarto dos possíveis casos de trabalhadores infectados com o HIV no SNS concentra-se no grupo dos 35-39 anos de idade, pois é neste grupo de idades que se concentram o maior número de trabalhadores. O grupo dos 35-39 anos de idade, conjuntamente com o que imediatamente o precede, o grupo dos 30-39 anos, acumula cerca de metade dos trabalhadores do SNS e, por isso, dos trabalhadores exposto à infecção com o HIV.

As pirâmides de idade seguintes ilustram a distribuição dos trabalhadores do SNS susceptíveis de já estarem infectados pelo vírus HIV. A pirâmide do efectivo de trabalhadores na região norte, no Gráfico 4.2, mostra uma elevada proporção de homens (29%) no grupo etário 35-39 anos, seguida o grupo etário 30-34 anos (21%).

Gráfico 4.2

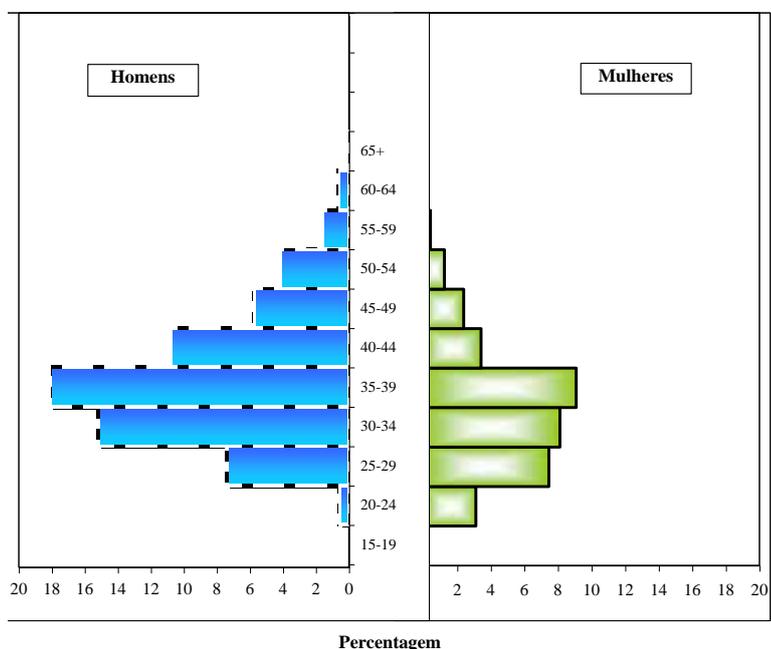
Pirâmide dos Trabalhadores do SNS Susceptíveis de estarem Infectados pelo HIV, Norte Moçambique 2002



A pirâmide no Gráfico 4.3 representa os trabalhadores do SNS na região Centro susceptíveis de estarem infectados com o HIV, sendo a sua distribuição similar à da região norte, apresentada no Gráfico 4.2.

Gráfico 4.3

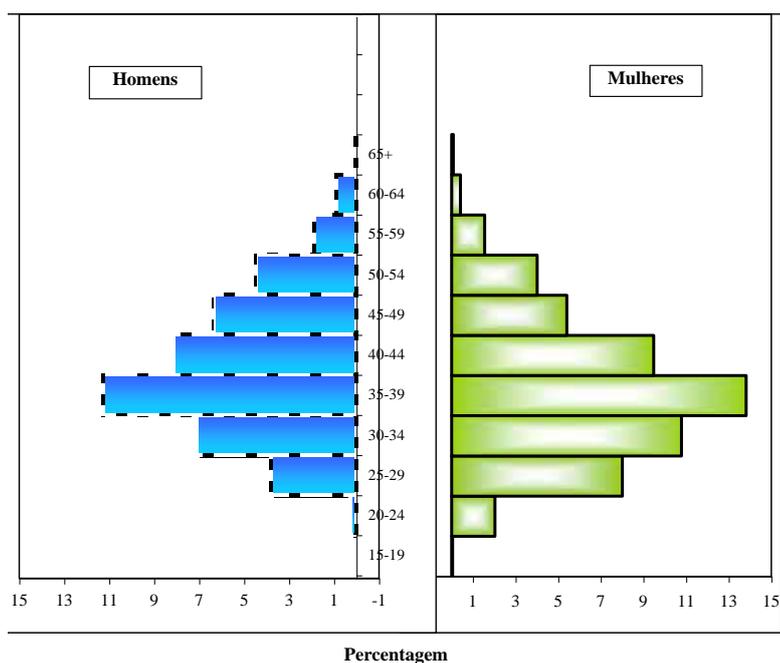
Pirâmide dos Trabalhadores do SNS Susceptíveis de Estarem Infectados pelo HIV, Centro Moçambique 2002



A pirâmide no Gráfico 4.4 apresenta a distribuição dos trabalhadores do SNS na região Sul, evidenciando uma distribuição mais equilibrada e idêntica em ambos os sexos do que nas outras duas regiões do país.

Gráfico 4.4

Pirâmide dos Trabalhadores do SNS Susceptíveis de Estarem Infectados pelo HIV, Sul Moçambique 2002



4.2.2 Taxas de prevalência nacional/regionais versus taxas de incidência do HIV e estimativa de novos casos de SIDA no SNS

Na ausência de testes clínicos feitos directamente aos trabalhadores do SNS não é possível aferir sobre o realismo ou a aplicabilidade das taxas baseadas nas estimativas nacionais e regionais. Não obstante esta limitação, o presente estudo possui pelo menos um indicador de comparação e avaliação das referidas taxas de prevalência nacional e regionais. Trata-se dos dados sobre o número de óbitos causados por doença, que fornece uma referência do possível impacto da epidemia no SNS.

A Tabela 4.2 apresenta o sumário da estimativa de pessoas HIV+ e novos casos de HIV comparativamente ao número de óbitos por todas as doenças no SNS, referente ao ano 2002.

Tabela 4.2: Estimativa De Pessoas HIV+ e Novos Casos de HIV, versus Óbitos por Todas Doenças, Moçambique em 2002

CATEGORIAS	NORTE			CENTRO			SUL			PAÍS		
	Homen	Mulher	Total	Homen	Mulher	Total	Homen	Mulher	Total	Homen	Mulher	Total
Age												
Total de Trabalhadores no SNS	2,841	1,658	4,499	4,106	2,537	6,643	1,537	2,422	3,959	8,484	6,617	15,101
Taxas de prevalência do HIV geral	7.5%	9.0%	8.2%	15.9%	19.1%	17.6%	13.7%	16.5%	15.2%	12.6%	15.1%	13.8%
Taxas de prevalência do HIV no SNS	9.8%	9.0%	9.5%	22.8%	20.2%	21.8%	19.5%	15.5%	17.1%	17.9%	15.7%	16.9%
Estimativa de Pessoas HIV+	280	149	428	937	514	1,450	299	376	675	1,516	1,038	2,554
Estimativa de Novos Casos de SIDA	17	10	26	76	44	119	11	15	26	103	69	172
Óbitos por Doença	20	13	33	46	28	74	17	10	27	83	51	134

A diferença entre as taxas de prevalência do HIV no SNS e as taxas regionais deriva da diferença de estrutura etária das duas populações comparadas, as

populações das três grandes regiões, por um lado, e os efectivos de trabalhadores do SNS geral e por regiões, por outro. As taxas de prevalência do HIV no SNS foram estimadas, neste caso, aplicando as taxas nacionais e regionais, por idade e sexo, separadamente para homens e para mulheres por províncias, e só posteriormente somadas.

A estimativa de número de novos casos de SIDA depende da prevalência do HIV e da antiguidade das suas infecções. Na ausência de tratamento de ARV, cerca de 50% das pessoas infectadas pelo HIV morrerão de SIDA até 9-10 anos após a sua infecção. Para estimar os novos casos de SIDA entre o efectivo do SNS, calculou-se o razão de casos SIDA:população HIV+ por sexo e idade das projecções regionais, e aplicou-se o razão obtido à estimativa de trabalhadores infectados no SNS. Isto significa, como mostra a Tabela 4.2, e de forma mais detalhada a Tabela 4.3, que em 2002 teriam surgido 172 novos casos de SIDA, dos quais 103 homens e 69 mulheres.

Admitindo que a taxa de óbitos no SNS em 2002 para todas as doenças foi de aproximadamente 1%, e assumindo que metade desses óbitos tenham sido por, ou de alguma forma associáveis ao SIDA, 67 dos trabalhadores teriam falecido por SIDA naquele ano. Mas se o peso do SIDA entre os óbitos por todas as doenças tenha sido menor, por exemplo 25%, 34 trabalhadores do SNS em todo o país teriam morrido em 2002.

Tabela 4.3: Total de Pessoas HIV+ no Contexto dos Óbitos por Todas Doenças no Sistema Nacional de Saúde, Moçambique 2002

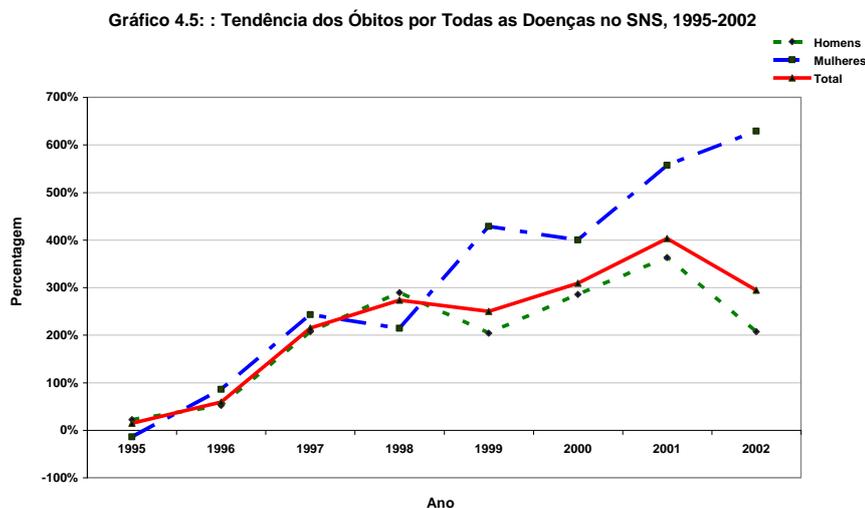
	NORTE			CENTRO			SUL			PAÍS		
	Homens	Mulheres	Total									
Total de Trabalhadores no SNS	2,841	1,658	4,499	4,106	2,537	6,643	1,537	2,422	3,959	8,484	6,617	15,101
Estimativa de Pessoa HIV+	280	149	428	937	514	1,450	299	376	675	1,516	1,038	2,554
Estimativa de Novos Casos de SIDA	17	10	26	76	44	119	11	15	26	103	69	172
Óbitos por todas as doenças	20	13	33	46	28	74	17	10	27	83	51	134
Hipot 1: 50% das Doenças Relacionadas com SIDA	10	7	17	23	14	37	9	5	14	42	26	67
Hipot 2: 25% das Doenças Relacionadas com SIDA	5	3	8	12	7	19	4	3	7	21	13	34

4.2.3. O hiato entre a prevalência de novos casos de SIDA e a prevalência de óbitos por doença no SNS

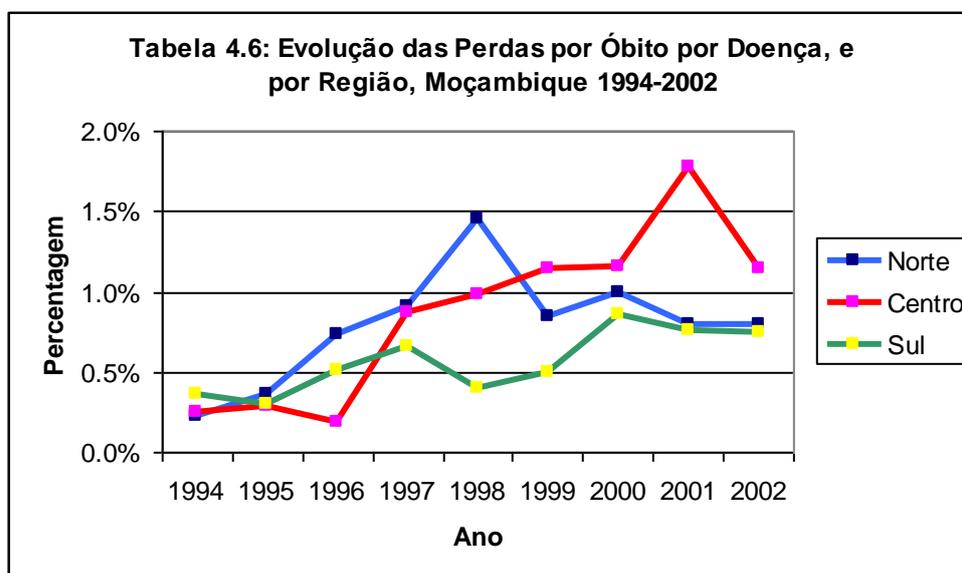
Comparando os dados sobre novos casos de SIDA, estimados com base nas taxas de prevalência nacional-regionais, e o número de óbitos por todas as doença, independentemente do seu tipo, observam-se algumas discrepâncias que convém destacar.

Primeiro, o número de novos casos de SIDA estimados para o SNS ultrapassa os óbitos por todas doença em cerca de 28% (172 casos de SIDA versus 134 óbitos por todas as doenças). Este somatório esconde grandes diferenças na contribuição das três principais regiões. No centro, o número de novos casos de SIDA é 61% superior ao número de óbitos efectivamente registados para ambos os sexos (119 novos casos de SIDA estimados versus 74 óbitos por todas as doenças). No sul, apenas para as mulheres se observa um número maior de novos casos de SIDA do que óbitos por doença (15 casos de SIDA versus 10 casos de todas doenças). Nas outras duas regiões, e para ambos os sexos, o hiato observado é negativo: 21% no norte (26 novos casos de SIDA versus 33 óbitos por todas as doenças) e 2% no sul (26 novos casos de SIDA versus 27 óbitos por todas as doenças).

Segundo, como mostra o Gráfico 4.5, as perdas no SNS por óbitos aumentaram significativamente em todo o país, no período 1994-2002: mais de 200% para homens e 600% para mulheres.



Importa ressaltar, como mostra o Gráfico 4.6 e foi sublinhado anteriormente, que o efectivo total também está a crescer. Porém, o presente estudo não dispõe de evidências para afirmar que tal aumento de óbitos tenha sido causado, ou até mesmo esteja associado, à epidemia do SIDA.



A título comparativo, neste caso com o único estudo provincial disponível, o estudo do MISAU (2002: 8) sobre Sofala declara existirem suspeitas bastante fundamentadas que uma percentagem de óbitos registados sejam devido à SIDA. Adianta, a partir de oito unidades sanitárias em Sofala, uma taxa de 1.5% de óbito por SIDA em 2001. Ainda este mesmo estudo, estima também, a partir unicamente dos dados do Hospital Central da Beira, terem existido em 2001 naquela unidade hospitalar entre 5 a 15 óbitos de SIDA entre trabalhadores de saúde (MISAU, 2002: 69-70).

4.3 Registro de perdas por categoria profissional

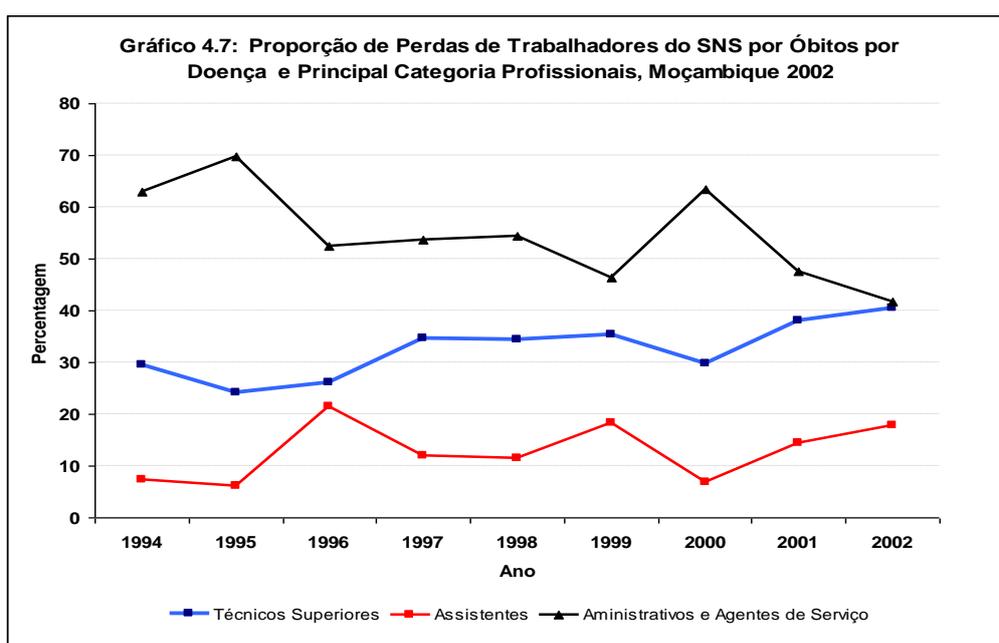
A Tabela 4.4 resume os dados das perdas de trabalhadores da saúde de todo o país, por óbito de todas as doenças, independentemente do seu tipo. Como refere a secção 3.3.1, a distribuição profissional no SNS evidencia ainda uma elevada proporção de “agentes de serviço”, que inclui pessoal auxiliar e básico, como serventes, cozinheiros, trabalhadores da manutenção, entre outros não directamente técnicos de saúde.

Entretanto, o Gráfico 4.7 mostra a tendência proporcional das perdas para três categorias: médico e técnicos superiores saúde, auxiliares de saúde, e técnicos administrativos e básicos. Em 1994, a proporção de perdas por doença de trabalhadores auxiliares não directamente em actividades de saúde era cerca de 71%, contra 24% de técnicos de saúde superiores e médios e 6% auxiliares. Por seu turno, em 2002 a proporção de perdas por doença de pessoal de serviços não directamente de saúde foi 54%, contra 32% de técnicos superiores e médios, e 15% auxiliares de saúde.

Esta evidência reforça a ideia e possibilidade que a exposição ao risco de infecção dos trabalhadores do sector de saúde esteja a aumentar, quanto mais não seja porque a composição profissional a favor dos profissionais médios e superiores tem aumentado, e deverá continuar a aumentar nos próximos anos.

Tabela 4.4: Perdas de Trabalhadores de Saúde por Óbito por Doença, Moçambique 2002

Carreira/Categoria	1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		TOTAL
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	
Carreiras Específicas de Saúde	(em Percentagem)																		
Médica Generalista	0	0	0	0	2	0	1	4	0	0	0	0	0	3	1	2	1	0	1
Técnica Superior, Média e Auxiliar de Saúde	30	0	24	17	22	23	33	29	34	14	35	27	30	23	37	30	39	35	31
Assistentes e Auxiliares Técnicos de Saúde	7	0	6	17	22	0	12	13	11	18	18	11	7	14	14	30	18	25	15
Técnico Profissional e Auxiliares Técnicos Adm	0	0	15	0	10	15	6	0	10	0	10	3	12	0	6	2	5	2	7
Agente de Serviço	63	100	55	67	44	62	48	54	45	68	37	59	52	60	42	35	37	37	47
Total Geral (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total em Números Absolutos	27	7	33	6	41	13	83	24	105	22	82	37	104	35	125	46	83	51	924



4.4 Projecção das perdas por SIDA no SNS entre 2002 e 2010

As taxas nacional/regionais de prevalência do HIV/SIDA foram ainda aplicadas ao sector de saúde, a fim de se projectar a evolução futura do impacto da epidemia neste sector. Os dois gráficos seguintes representa a projecção de novo casos de SIDA entre 2002 e 2010, por grandes regiões e por sexos, respectivamente nos Gráficos 7.7 e 4.8.

Esta representação fornece uma ordem de grandeza da evolução da epidemia, se bem que seja necessário cautela com estes dados, pois como se mostra acima, os dados actualmente disponíveis sugerem que o impacto da epidemia tem sido, por enquanto, muito inferior às taxas de seroprevalência e de possíveis novos casos de SIDA estimados.

Gráfico 4.8: Projecção de Novos Casos de SIDA no Sector da Saúde por Regiões, 2002-2010

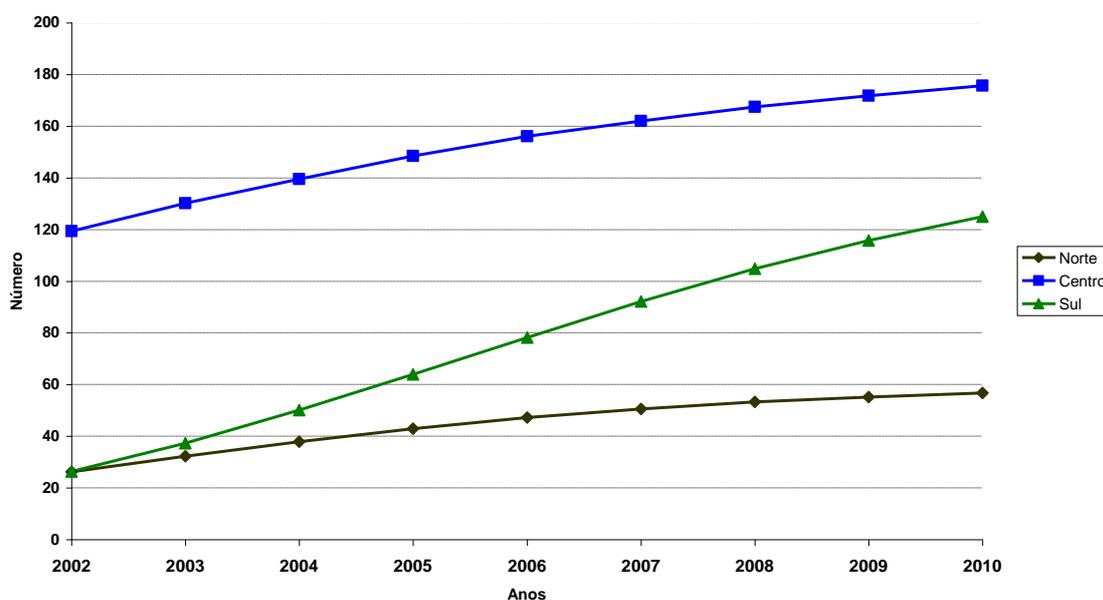
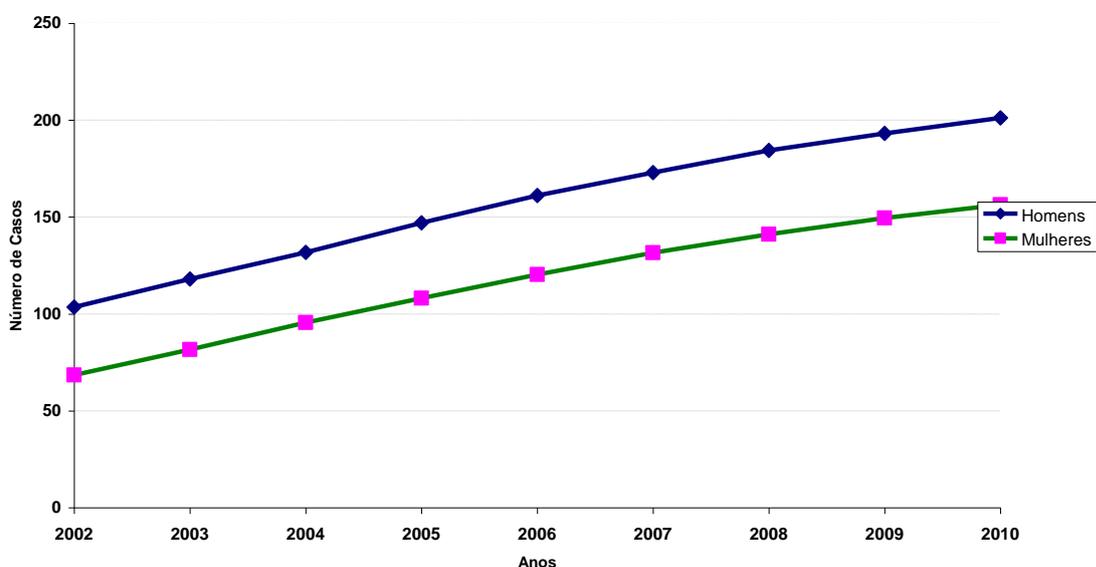


Gráfico 4.9: Projecção de Novos Casos de SIDA no Sector da Saúde por Sexos, Moçambique 2002-2010



Se o número de trabalhadores no sector da saúde continuar a crescer à taxa observada no período 1994-2002, por volta de 2010 deverão existir 17,832 trabalhadores no SNS. Assumindo que a composição profissional continuará a mudar, a favor dos técnicos de saúde médios e superiores, atingindo um peso de 70% em 2010, este grupo profissional contará então com cerca de 12,482 trabalhadores.

Serão estes cerca de 12 a 13 mil trabalhadores qualificados os mais expostos ao contágio com o HIV. Este número será maior ou menor dependendo tanto do comportamento sexual de tais pessoas como do nível de segurança das condições, práticas e recursos no âmbito da sua actividade profissional.

O impacto de ambos factores de risco dependerá das medidas de prevenção que forem tomadas nos próximos anos. De qualquer forma, se a actual estimativa do número acumulado de possíveis novos casos de SIDA, estimado em 2466 de trabalhadores de saúde entre 2002 e 2010, realmente ocorrerem, o mais provável é que a maioria dos óbitos sejam de profissionais médios e superiores de saúde.

Se os profissionais de saúde auxiliares, médios e superiores representarem 70% dos trabalhadores do SNS, poderão existir cerca de 1700 trabalhadores qualificados com SIDA. Quantos deste morrerão, entretanto? Tudo dependerá do tratamento, cuidados médicos e das capacidades de assistência que tiverem.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1 Considerações Gerais

Este estudo tratava-se dum exercício de aplicação de taxas já conhecidas a entidades populacionais mais desagregadas, o que implicava que as diferenças esperadas fossem unicamente determinadas pela composição e estrutura do efectivo no SNS. Porém, como revela a análise e resultados principais obtidos, existem discrepâncias significativas entre as expectativas e as evidências registradas de impacto.

O presente estudo reúne evidências fracas ou incipientes de impacto do SIDA entre os trabalhadores do SNS de Moçambique. Assumindo que as taxas de prevalências do HIV regionais se aplicam aos trabalhadores do SNS, classificados segundo as três principais regiões do país, numa estimativa de 2554 possíveis trabalhadores infectados com HIV em 2002, estima-se surgido terem surgido 172 novos casos de SIDA, que representa 7% da população infectada. À medida que a epidemia amadurecer, a proporção de casos de SIDA crescerá, pois sem tratamento apropriado espera-se que pelo menos 50% dos trabalhadores infectados em 2002 falecerão até 2010.

Na impossibilidade de realizarem-se testes clínicos de seroprevalências entre os trabalhadores do SNS, o recurso às taxas de prevalência do HIV nacional e regionais conhecidas, é a melhor instrumento de análise disponível. Porém, o que poderá ser questionável ou discutível, relativamente ao uso de tais indicadores agregados, é o pressuposto que lhe está implícito que a ele se recorrer. Ou seja, que tal indicador agregado pode ser imediatamente aplicável a unidades mais desagregadas, como se ele fosse o resultado numa contribuição proporcional e equivalente de todas as unidades que o integram.

A experiência prática, e até mesmo teórica, mostra que um determinado indicador agregado só raramente resulta da contribuição proporcionalmente das unidades que o compõem. É amplamente conhecido, sobretudo da teoria estatística, que mesmo quando os indicadores agregados apresentam medidas de centralidade e de dispersão idênticas, tais medidas resultam geralmente de assimetrias ou desequilíbrios diversos na configuração dos fenómenos que os dados estatísticos representam. Por outras palavras, a percepção de equivalência, ou numa contribuição proporcional dos rácios que integram o indicador mais agregado, é talvez uma excepção em vez numa regra.

Assim, se a aplicação de taxas agregadas a unidade de análise mais desagregadas é um pressuposto bastante grosseiro, o recurso às taxas nacional-regionais de prevalência do HIV disponíveis pode ter pelo menos duas implicações. Por um lado, as taxas podem reflectir adequadamente o agregado a que dizem respeito na sua generalidade, mas não serem aplicáveis a um determinado sector específico, como neste caso o sector da Saúde. Neste caso, basear as conclusões, sobretudo as projecções de impacto, apenas nas prevalências de HIV poderá conduzir a inferência e conclusões enganadoras, quer seja por defeito ou por excesso.

Por outro lado, as taxas de prevalências disponíveis podem estar, na sua generalidade, sobrestimadas, devido a problemas metodológicos (i.e. pressupostos e modelos de estimativa errados), ou a problemas de amostragem e representatividade inadequada da população. Este estudo não foi concebido para

avaliar a qualidade das taxas disponíveis, não podendo por isso adiantar-se em quais conjecturas.⁶

1. A declaração do motivo de saída do serviço não seja totalmente exacta.
2. As taxas de prevalência do HIV na população geral sejam sobre-estimadas (por exemplo, uma tendência de que o Sistema de Vigilância Sentinela esteja sobre-influenciado pelas áreas de maior infecção; e/ou
3. As taxas de prevalência do HIV nos efectivos do SNS seja menor que as na população geral.

A dimensão do impacto da epidemia do SIDA poderá ser minimizada, dependendo das condições de risco de infecção pelo HIV. Se ao longo da corrente década o SNS Moçambicano perderá por óbitos de SIDA 50 ou 150 trabalhadores, muito dependerá da eficácia da prevenção de infecções por via sexual, mas também de infecções, neste caso específico do SNS, por infecção associada ao exercício da prática profissional clínica.

É preocupante que, pelo que indica um estudo do MISAU (2002) sobre o impacto do SIDA em Sofala, a grande maioria dos trabalhadores naquela província esteja convencida que o principal factor de risco (em 90%) de infecção com o HIV no sector de saúde seja os acidentes profissionais e não a transmissão via sexual.

Dizer que se trata duma percepção errada, sem para tal apresentar evidências medir com exactidão o nível risco no SNS associado à insegurança, más práticas clínicas e falta de recursos, não parece suficiente, nem tão pouco o mais apropriado. Se tal percepção entre os trabalhadores de saúde é resultante de equívocos, só com evidências e não argumentos abstractos se poderá confrontar e díspar as interpretações incorrectas. De igual modo, se a referida percepção dos trabalhadores reflecte correctamente o baixo nível de segurança, falta de recursos e más práticas profissionais, medidas apropriadas deverão ser implementadas para minimizar tais factores de risco de infecção com o HIV.

Presentemente, o nível de conhecimento sobre este assunto das causas de risco de infecção com o HIV é muito fraco, e a falta de evidências concretas a partir da realidade Moçambicana abre campo para muita especulação e poucas soluções positivas. Além, uma questão mais geral, que este estudo não visava abordar mas é crucial para futuros estudos sectoriais, relaciona-se com o recurso às taxas de prevalência nacionais e regionais do HIV/SIDA disponíveis. Por diversas razões ainda mal conhecidas nem todos os sectores, como neste caso o SNS apresentam evidências de impacto da epidemia na dimensão sugerida ou esperada a partir das taxas de prevalência do HIV nacionais e regionais disponíveis.

Uma vez que o presente estudo constitui apenas a Fase I de um trabalho em duas fases, na próxima secção esboça-se uma proposta de acções prioritárias para a Fase 2 do estudo. A proposta abrange o conjunto de aspectos que, nesta primeira fase, revelaram-se deficientes, em termos de conhecimento e de funcionamento, bem como aspecto relacionados com a avaliação financeira das acções a implementar.

⁶ Veja, a este respeito, o artigo de Arnaldo e Francisco, 2003. Este artigo avalia até que ponto os 36 postos sentinela usados para a recolha dos dados das prevalências do HIV são, do ponto de vista estatístico, representativos de toda a população moçambicana. O artigo conclui, entre outros aspectos, que a actual amostra de postos sentinela é enviusada e tem um grande peso de características urbanizadas.

5.2 Recomendações para Fase 2 do Estudo de Impacto: Acções Prioritárias

5.2.1 Sobre o sistema de recolha de informação relevante e actualizada

À semelhança do que outros estudos revelaram, como por exemplo o do MISAU (2002) em Sofala, o processo de recolha de dados junto das unidades provinciais de saúde confrontou-se com diversas deficiências no registo de recursos humanos do SNS. Isto prejudica sobremaneira as análises e monitoria, neste caso específico, do impacto efectivo da epidemia do SIDA.

A Fase 2 do estudo poderia contemplar a preparação de instruções específicas para melhoria do sistema de informação sobre os recursos humanos no SNS, em termos técnicos e organizativos. Este trabalho deverá contemplar a consideração de sistemas informativos considerados mais adequados ao estudo de impacto do SIDA.

5.2.2 Risco dos trabalhadores da Saúde contraírem HIV

Pela natureza do seu trabalho, pelo menos uma parte significativa dos trabalhadores do sector de saúde expõem-se frequentemente ao risco de infecção por doenças que procuram curar ou mitigar, incluindo o vírus HIV. Para além dos factores de risco a que qualquer pessoa numa determinada comunidade está exposta (i.e. a transmissão via sexual), os trabalhadores da saúde expõem-se muitas vezes ao contacto com sangue e outros líquidos ou fluidos corporais de pacientes susceptíveis de estarem infectados. Isto é particularmente relevante em países como Moçambique, onde os trabalhadores de saúde são frequentemente chamados a socorrer doentes, em circunstâncias inesperadas e em condições de higiene e segurança inadequadas.

Tal proporção é tanto maior quanto maior for o número de técnicos de saúde que directamente lidam com factores de risco infeccioso, e quanto menor forem as condições de segurança sanitária e clínica no exercício da sua actividade profissional.

Tanto quanto foi possível saber, não existem estudos sistemáticos, detalhados e especificamente focalizados na situação do SNS em Moçambique, sobre os principais factores de risco à contracção de doenças infecciosas associadas à actividade específica dos trabalhadores da saúde em todo o país. Assumindo que as taxas regionais de seroprevalência do HIV reflectem as condições gerais de risco de infecção nas suas respectivas regiões, nomeadamente as associadas à transmissão via sexual, desconhece-se no entanto a proporção de risco por acidentes e problemas de segurança profissional no sector de saúde.

Em contra partida, convém destacar aqui uma informação importante divulgada pelo estudo do MISAU (2002) em Sofala, sobre a percepção dos próprios trabalhadores da saúde. O estudo revela que 85% dos 88 trabalhadores de saúde entrevistados na província de Sofala manifestaram medo de contágio. Este dado coincide com a elevada percentagem de trabalhadores que consideram os acidentes profissionais naquela província, em vez das relações sexuais desprotegidas, a principal causa de transmissão do HIV nos trabalhadores da saúde: "Apenas 10% dos trabalhadores reconhece que SIDA nos funcionários de saúde é adquirido principalmente por via sexual. Quase 90% atribui a transmissão a acidentes profissionais" (MISAU, 2002: 15-16; 67).

Os autores do estudo do MISAU (2002) consideram esta percepção que SIDA é uma doença profissional dos técnicos de saúde, mas surpreendentemente fazem-no sem apresentarem evidências a partir da realidade específica do SNS. Em contra partida, o mesmo estudo reconhece que os trabalhadores de saúde trabalham em ambientes inseguros, com falta de material descartável e de uso corrente, sistema de

esterilização faltosos e sem barreiras protectivas. Além disso, o estudo reconhece que “a falta de testagem incute a ideia que ‘todos ou quase todos os doentes têm SIDA’, favorecendo um clima ao mesmo tempo de insegurança e fatalismo”(MISAU, 2002: 87).

Nestas circunstâncias, parece que a posição adequada é procurar aprofundar, inclusive medir o peso da contribuição dos factores de risco associadas às condições de trabalho dos profissionais de saúde, e desta forma avaliar o fundamento da percepção dos trabalhadores.

Certamente que a percepção destes trabalhadores não resulta, por exemplo, duma influência da controvérsia internacional precisamente sobre este assunto, em que alguns autores sustentam que a transmissão não sexual do HIV pode ter um peso muito maior do que tem sido admitido, sobretudo onde as infra-estruturas de saúde são pobres (Guisselquist et al. 2002, 2003). A polémica provocada por Gisselquist et al. (2002) diz respeito aos determinantes da prevalência geral do HIV na África subsahariana, enquanto aqui se trata especificamente do sector de saúde, onde os trabalhadores se expõem pessoalmente ao risco de infecção, a qual depende da maior ou menor segurança e uso de práticas e meios adequados.

Mesmo sabendo que recentemente, investigadores da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da UNSIDA contrapuseram evidências que reafirmam a ideia que o sexo e não seringas constitui a principal causa da propagação do SIDA, tais conclusões não podem ser motivo para se escamotear a percepção dos trabalhadores de saúde. Neste caso, tal questão merece ser investigada com cuidado, tanto porque se conhece pouco sobre o impacto das práticas médicas inseguras na propagação da epidemia em Moçambique, como porque os próprios profissionais de saúde estão convencidos que tais práticas são mais relevantes na transmissão do HIV do que se tem reconhecido.

O presente estudo não foi concebido para pesquisar especificamente os factores de risco de infecção dos trabalhadores da saúde, podendo apenas por isso insistir sobre a necessidade de se encarar esta questão com maior seriedade e sobretudo sem ideias pré-concebidas. Os argumentos recentes de investigadores da OMS e da ONUSIDA sobre a maior influência da transmissão sexual na generalidade da propagação da epidemia do SIDA não são tranquilizadores, nem tão pouco podem servir de justificação para não se investigar a situação, neste caso, dos hábitos e práticas dos trabalhadores de saúde.

5.2.3 Sobre a prevenção e formas de segurança para reduzir a transmissão do HIV associada às práticas profissionais

Verificando-se que o risco de infecção associado às deficiências de segurança, falta de recursos e más práticas dos técnicos de saúde está ainda pouco avaliado e medido, uma acção prioritária para a Fase 2 seria esclarecer tal assunto, através dum estudo elaborado especificamente para esse efeito. O ideal seria realizar-se uma avaliação dos principais factores de risco de infecção pelo HIV nos recursos humanos do SNS, na sua globalidade, permitindo assim esclarecer especificamente a causa e validade da percepção dos trabalhadores de saúde que acreditam estarem mais expostos à contaminação pelas práticas profissionais do que por via sexual.

5.2.4 Análise dos custos financeiros da prevenção, formação, compensação e tratamento dos trabalhadores afectados pelo HIV/SIDA

A 2ª Fase do estudo deverá proceder à avaliação dos custos financeiros dos factores de risco de infecção pelo HIV nos recursos humanos do SNS, à projecção de tais custos financeiros, tanto os que estarão associados às infecções pelo HIV,

como os custos de acções de prevenção e mitigação dos impactos do HIV/SIDA no sector da Saúde, e à análise de possíveis estratégias para colmatar a perda de técnicos de saúde do SNS.

5.3 Outras Recomendações para Acções Prioritárias

Mesmo que os dados de prevalência do HIV e casos esperados de SIDA sejam sobrestimados, não existem dúvidas que a situação do HIV/SIDA dentro dos recursos humanos do SNS é preocupante. Neste sentido, recomenda-se que o SNS adopte acções prioritárias para minimizar os efeitos eventuais do HIV/SIDA, tais como:

1. Promover o aconselhamento e testagem voluntária do HIV entre o efectivo do SNS, a fim de que os seus integrantes possam conhecer o seu estado actual e adoptem medidas apropriadas e eficazes de protecção, no caso de HIV negativo, ou de cuidados pessoais e profissionais no caso de HIV positivo.
2. Desenhar, discutir e implementar políticas de profilaxia contra infecções oportunistas e de terapia anti-retroviral para trabalhadores do SNS que se encontram infectados com HIV; e
3. Discutir opções para responder à perda eventual por SIDA de trabalhadores, especialmente a dos trabalhadores mais qualificada no SNS.

6 REFERÊNCIAS

- Arnaldo, Carlos e António Francisco. 2004. As Características sócio-económicas dos distritos com postos de vigilância epidemiológica no HIV/SIDA e sua influência na taxa de prevalência do HIV em Moçambique. Artigo não publicado preparado para o Workshop sobre os Determinantes do HIV/SIDA em Moçambique, Centro de Estudo da População. Maputo: Universidade Eduardo Mondlane.
- Arndt, Channing. 2003. HIV/AIDS, Human Capital, and Economic Growth Prospects for Mozambique. IFPRI/TMD Africa Region Working Paper Series Nº 48.
- Chao, Shiyang and Kees Kostermans. 2002. *Improving Health for the Poor in Mozambique: The Fight Continues*. African Region. The World Bank.
- Gisselquist, David, John J Potterat, Stuart Brody and François Vachon. 2003. Let it be sexual: how health care transmission of AIDS in Africa was ignored. *International Journal of STD & AIDS* 2003 14: 148-161.
- Gisselquist, David, Richard Rothenberg, John Potterat, and Ernest Drucker. 2002. HIV infections in sub-Saharan Africa not explained by sexual or vertical transmission. *International Journal of STD & AIDS* 2003 13: 657-666..
- Grupo Técnico Multisectorial. 2003. Relatório sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do HIV - Ronda 2002. Maputo: Ministério da Saúde.
- Health and Development Africa (Pty) Ltd and Verde Azul Consult Lda. 2002. The Impact of HIV/AIDS on Alfandegas de Mozambique. Maputo: Department for International Development (UK).
- Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde, Ministério do Plano e Finanças, Centro de Estudos de População-UEM, Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, Faculdade de Medicina-UEM, Ministério da Educação. 2000. *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (INE), Ministério da Saúde, Ministério do Plano e Finanças, Centro de Estudos de População-UEM, Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, Faculdade de Medicina-UEM, Ministério da Educação. 2002. *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique (Actualização)*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). 1999a. *II Recenseamento Geral da População e Habitação 1997: Resultados Definitivos - Moçambique*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). 1999b. *Projeções Anuais da População Total 1997-2020: Moçambique*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). 2001. Questionário de Indicadores Básicos de Bem-Estar - QUIBB. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.
- Ministério da Saúde (MISAU). 2001. Plano Estratégico do Sector de Saúde 2001-2005-2010. XXVI Conselho Nacional Coordenador de Saúde, 28 de Maio a 1 de Junho 2002, Maputo.
- Ministério da Saúde (MISAU). 2002. Estudo sobre o Impacto do SIDA nos serviços de Saúde em Moçambique (com enfoque na Província de Sofala). Vol. 1 (Relatório Final), Vol. 2 (TOR, Entrevistas, Instrumentos), Vol. 3. Direcção Nacional de Planificação e Cooperação. Maputo: Ministério da Saúde.

-
- Pavignani, Eurico. 2000. The Reconstruction Process of the Health Sector in Mozambique (Versão não-publicada) Maputo: Ministério da Saúde.
- Sulemane, José and Steve Kayizzi-Mugerwa. 2001. The Mozambican Civil Service: Incentives, Reforms and Performance. Draft paper prepared for the WIDER Project Meeting *Institutional Capabilities, Reform Ownership and Development in SSA*, 4-5 May 2001, Helsinki
- Tawfik, Linda and Stephen N. Nonit. 2001. The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector in Sub-Saharan Africa: The Issue of Human Resource. Bureau for Africa, Office of Sustainable Development. Washington: USAID.
- Verde Azul Consult Lda. 2001. Assessment of the Impact of HIV/AIDS on the Education Sector in Mozambique. Prepared do the Ministry off Education (MINED). Maputo: Verde Azul Consult Lda.

ANEXOS



REPUBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DAS DTS/SIDA

TERMOS DE REFERÊNCIA DO ESTUDO

I. INTRODUÇÃO

Indubitavelmente, a epidemia do HIV/SIDA é que actualmente preocupa toda a humanidade devido aos seus efeitos negativos, tanto na população como no desenvolvimento sócio-económico. Estes efeitos já começam a ser notórios na vida quotidiana dos moçambicanos.

Os dados epidemiológicos do ano 2000 indicam que em todo o país estima-se que 12,2% da população adulta de 15-49 anos encontravam-se infectada pelo vírus do HIV, com uma variação pronunciada entre as províncias menos afectadas (5,2% em Nampula) e as mais afectadas (21,1% em Manica). Sobre as tendências anotadas, até ao fim do ano 2002 estima-se que haverá quase 1,4 milhão de pessoas infectadas pelo HIV em todo o país.

Com este estudo, pretende-se examinar, as tendências da morbi-mortalidade no seio dos trabalhadores da saúde e estimar-se o impacto dessas tendências a nível do Ministério da Saúde.

II. OBJECTIVOS DO ESTUDO

1. Geral

- 1.1 Estimar o impacto demográfico e financeiro do HIV/SIDA no sector dos recursos humanos do Ministério da Saúde (MISAU).
- 1.2 Recomendar o MISAU e o Governo de Moçambique sobre possíveis estratégias para minimizar as consequências da epidemia do HIV/SIDA no sector dos recursos humanos.

2. Específicos

Fase 1

2.1 Analisar as tendências de entrada e abandono no sector de saúde durante os últimos anos

- Calcular as taxas de abandono nos recursos humanos do sector de saúde a nível nacional e regional durante o período 1994-2001 segundo o sexo, categoria profissional e motivo de saída do serviço
- Calcular as taxas de entrada nos recursos humanos do sector de saúde a nível nacional e regional durante o período 1994-2001 segundo o sexo e categoria profissional

2.2 Estimar as taxas de prevalência do HIV entre os trabalhadores activos do MISAU, por categoria profissional e região geográfica

- Estimar o número de óbitos atribuíveis ao SIDA no mesmo período.

2.3 Projectar perdas futuras pelo HIV/SIDA nos recursos humanos do sector de saúde

- Realizar projecções da mortalidade pelo SIDA nos recursos humanos para o período 2002-2010 segundo a categoria profissional a nível nacional e regional

2.4 Projectar a incidência futura do HIV nos recursos humanos do sector de saúde baseadas nas tendências actuais

- Realizar projecções de novas infecções pelo HIV nos recursos humanos actuais para o período 2002-2010 segundo a categoria profissional ao nível nacional e regional

2.5 *Preparar as metodologias, materiais e instrumentos a serem utilizados na conducta da Fase 2 do Estudo*

Fase 2

2.6 Avaliar os factores de risco de infecção pelo HIV nos recursos humanos do MISAU

2.7 Projectar os custos financeiros futuros para o MISAU associados com as infecções actuais do HIV

2.8 Recomendar e custear possíveis estratégias de prevenção e mitigação dos impactos do HIV/SIDA

2.9 Analisar possíveis estratégias para enfrentar a perda de pessoal dentro do MISAU

I. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Em Moçambique, a epidemia do HIV/SIDA encontra-se numa fase de franco alastramento. Os níveis de seroprevalência na região Sul aumentaram em 1996 de 5,6% para 13,1% em 2000. A região Centro é a mais afectada do País com 16,4% em 2000. Segundo projecções, estima-se que os níveis de prevalência nacional do HIV/SIDA poderão atingir 15,5% por volta do ano 2005.

A população mais afectada encontra-se na faixa etária dos 20 a 35 anos de idade, sendo a mesma a mais economicamente activa.

Usando as seroprevalências nacionais e regionais do HIV, podemos estimar quantos trabalhadores vivendo com o HIV existem no seio dos trabalhadores da saúde, o número que já tenha desenvolvido a SIDA, com quantas mortes.

O aumento da morbilidade não é só pelo SIDA em si, mas também pelo aumento da morbilidade de doenças como a malária, a tuberculose, etc. Consequentemente poderá verificar-se uma elevada utilização dos fundos para a assistência social do trabalhador (tais como assistência médica, pensões de aposentação, sobrevivência e de sangue, subsídio de morte, etc.) e uma redução da mão de obra qualificada.

A magnitude do impacto do HIV/SIDA a nível sectorial depende: da disponibilidade em número e qualidade da força de trabalho, do peso que um possível aumento da morbi-mortalidade terá sobre os custos de assistência social ao trabalhador e da forma de utilização da força de trabalho.

O sector da saúde é um dos principais contribuintes na melhoria do bem estar da população, devido ao seu papel como fornecedor de cuidados de saúde e como entidade empregadora de um grande número de pessoas, comparativamente aos outros sectores. Por esta razão, torna-se fundamental identificar e compreender os efeitos da epidemia do HIV/SIDA a nível dos diversos departamentos do Ministério da Saúde, em particular na área dos recursos humanos e financeiros, de forma a desenvolver mecanismos de protecção e minimização das consequências da epidemia.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

Fase 1

Tanto as estimativas de taxas actuais do HIV e mortalidade atribuível ao SIDA, quanto as projecções de mortalidade futura e incidência de novas infecções pretender-se-ão realizar, pela aplicação das cifras e projecções do HIV/SIDA oficiais às estatísticas de Recursos Humanos do sector de saúde.

Fontes de informação:

Direcção dos Recursos Humanos

- Estatísticas sobre os recursos humanos activos (Janeiro de 2002) e, entradas e saídas do sector saúde durante o período 1994-2001, conforme aos formulários em anexo

Programa Nacional de Controlo das DTS/HIV/SIDA

- Taxas de prevalência do HIV, ronda de vigilância sentinela 2001.

Grupo Técnico

- Tabelas da publicação: *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique (actualização ano 2000)*
- Arquivos de projecção do modelo SPECTRUM/AIM, utilizados na preparação da publicação

III. ASPECTOS ÉTICOS

Toda a informação recolhida será confidencial. O acesso à informação fornecida, limitar-se-á à equipa de investigação. Nenhum funcionário do MISAU será obrigado a participar ou a prosseguir com o estudo. Ao MISAU e às DPSs será solicitada a permissão para a realização do estudo. Os resultados do estudo servirão de base para tecer recomendações por parte do sector dos recursos humanos, com vista a tomada de medidas que apenas possam ter um impacto benéfico e colectivo no seio dos trabalhadores de saúde.

IV. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Sendo a Fase 1 um estudo baseado em estimativas indirectas, a precisão dos resultados obtidos dependerão da qualidade dos dados disponíveis nas direcções dos recursos humanos, tanto ao nível central quanto ao nível das províncias, e na confiabilidade dos resultados da vigilância epidemiológica sentinela.

A qualidade dos resultados da Fase 2, dependerá duma certa forma, da disponibilidade de dados financeiros, custos fiéis e o grau de colaboração do pessoal das unidades sanitárias amostradas.

V. DURAÇÃO DO ESTUDO

- Fase 1: Máximo de 4 meses a partir da aprovação do contracto.
- Fase 2: A ser determinada.

Ministério da Saúde
 Número de Saídas 1994-2002 por categoria e motivo de abandono
 nota: abrir uma coluna para cada categoria profissional

Ficha 3

Província

Motivo: Doença	1994		1995		1996		1997		1998	
	Homens	Mulheres								
Categorias										
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Idade média (anos)										

Por favor listar a fonte de dados :

Tabela 3: Saídas (a ser preenchida a nível provincial, uma folha para **cada motivo de saída** (por ex: óbito, doença , para todos os anos 1994-2002)

Ministério da Saúde:
Número de funcionários por estabelecimento e categoria – Janeiro 2003

Ficha 4

Província

	Estabelecimento												
	Hospital Central	Hospital Regional	Hospital Geral No.	Hospital Rural	Centro de Saúde	Posto de Saúde							
Categorias													
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Por favor listar a fonte de dados :

Tabela 4: Funcionários activos (a ser preenchida a nível provincial, em cada província)