

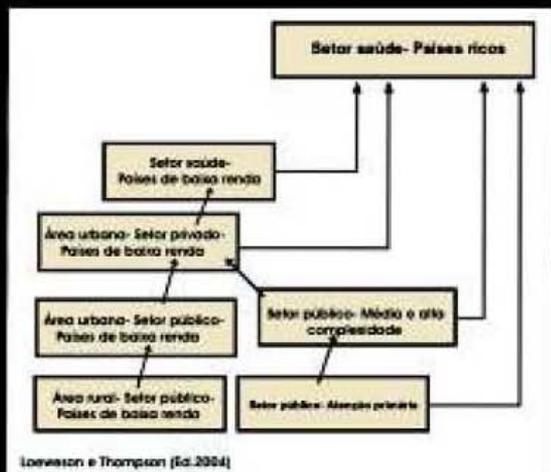
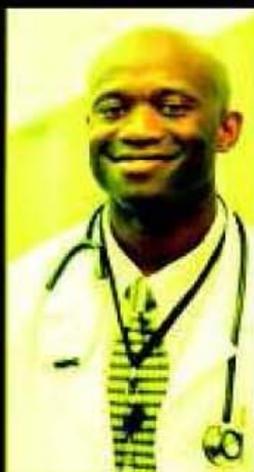
RETS

Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde

Impresso Especial
9812213586 DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz
CORREIOS



Migração de profissionais de saúde: um desafio que precisa ser enfrentado



Capa

Migração da força de trabalho entra definitivamente na agenda da saúde global 6

Entrevista

Pedagogia das competências: "ideologia a serviço da individualização e da fragmentação social" 2

Relato de experiência

Escola de Saúde do Chaco 'Tekove Katu' 12

Projetos de cooperação

Rede de Escolas Técnicas de Saúde é prioridade no Pecs 14

30 anos de Alma-Ata

Cobertura universal: qualificação dos trabalhadores é indispensável 16

Glossário 10

Notícias da rede 4

editorial

Nesta terceira edição da Revista RETS, comemoramos com nossos leitores o lançamento do site da Rede (<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>), mais um passo importante para a consolidação dos processos de troca de experiências nas áreas de ensino, pesquisa e cooperação técnica, com vistas ao aprimoramento da área de educação de técnicos em saúde. Fazemos ainda um convite especial (página 5) às instituições-membros para a 2ª Reunião Geral da RETS, a ser realizada no início de dezembro, no Rio de Janeiro, Brasil, lembrando que a participação de todos é fundamental para o sucesso da iniciativa e para a continuidade de nosso trabalho.

A migração de trabalhadores da saúde e a Pedagogia das Competências são os temas de destaque na revista. Quais as causas e consequências da migração, interna ou para outros países, da força de trabalho em saúde? O que vem sendo feito para reduzir os efeitos negativos que a migração acarreta, especialmente para as populações mais vulneráveis? São algumas das questões apontadas, em nossa matéria de capa, pelo coordenador do Departamento de Recursos Humanos em Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e editor-chefe do periódico Human Resources for Health, Mário Roberto Dal Poz, e pela assessora de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde da Afro/OMS Magda Awases.

Na entrevista, por sua vez, o leitor saberá qual a opinião da educadora brasileira Marise Ramos, uma das maiores estudiosas no assunto, sobre o modelo das competências, que há cerca de 20 anos vem norteando a formação técnica por todo o mundo, e quais são os possíveis resultados da adoção acrítica dessa proposta para a saúde, para a educação e para a sociedade.

Além disso, a revista apresenta o trabalho realizado pela Escola de Saúde do Chaco Boliviano 'Tekove Katu' na formação de profissionais indígenas de saúde, os

quais, reunindo as visões clássica e tradicional da medicina, respeitando usos e costumes locais, e conhecendo a realidade, a vivência e a língua materna, sejam capazes de atender, de forma mais efetiva, as necessidades imediatas da população nativa.

Por fim, a revista traz uma visão geral sobre o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (Pecs 2009-2012), aprovado no dia 15 de maio, com o objetivo de fortalecer os sistemas de saúde dos Estados membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP); volta a refletir sobre aspectos do último Relatório Mundial da Saúde relativos à força de trabalho; e inicia, na seção 'Glossário', uma discussão sobre a polissemia do termo 'Educação de técnicos em saúde'.

Boa leitura!

Secretaria Executiva da RETS

expediente

Ano 1 - nº 03 - mai/jun/jul 2009

A Revista RETS é uma publicação trimestral editada pela Secretaria Executiva da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde.

Editora

Ana Beatriz de Noronha - MTB25014/RJ

Estagiário de jornalismo

Igor Mello

Designer

Zé Luiz Fonseca

Diagramador

Marcelo Paixão

Estagiário de designer

Pedro Henrique Quadros

Tiragem

2 mil exemplares

SECRETARIA EXECUTIVA DA RETS

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Diretora

Isabel Brasil

Coordenadora de Cooperação Internacional

Anamaria D'Andrea Corbo

Equipe da Coordenação de Cooperação Internacional

Anakeila Stauffer

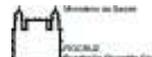
Christiane Rocha

Endereço

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sala 303
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - 21040-360.
Telefone: 55(21)3865-9730 - E-mail: rets@epsjv.fiocruz.br

Apoio

TC41 - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/
Ministério da Saúde do Brasil e Opas/Brasil



Pedagogia das competências: “ideologia a serviço da individualização e da fragmentação social”



Autora do livro ‘Pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?’ (São Paulo: Editora Cortez, 2001) e uma das maiores especialistas brasileiras no assunto, a educadora Marise Ramos, traz para as páginas da Revista RETS uma breve, porém profunda e atual reflexão sobre a pedagogia das competências. Que concepções de sociedade e educação estão por trás do discurso que vem tomando conta da educação profissional em todo o mundo, inclusive na área da saúde? Quais as possíveis consequências de se abraçar, de modo acrítico, um modelo de formação que surge para atender os interesses das empresas e que transforma a competência, inicialmente um aspecto de diferenciação individual, em fator econômico?

O que é a tão falada ‘pedagogia das competências’ e quais as razões de seu sucesso?

A noção de competência é bastante polissêmica, ou seja, tem vários sentidos. No parecer 16/99, do Conselho Nacional de Educação, que propõe diretrizes para a educação profissional no Brasil, por exemplo, competência é definida como ‘capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho’. No âmbito do trabalho, essa noção torna-se plural – competências – e passa a designar os conteúdos particulares de cada função em uma organização. A pedagogia das competências, por sua vez, é aquela que visa transferir esses conteúdos para a formação, com base nas competências que se quer desenvolver nos alunos. Isso significa que é uma pedagogia definida por seus objetivos e validada pelas competências que produz, o que, no meu entender já é um problema: como uma escola pode definir as competências como objetivo da formação se elas só se desenvolvem diante da situação de trabalho?

Quanto às razões do sucesso, existem várias, mas uma delas é que, ao valorizar a experiência dos alunos, o discurso das competências acaba representando um avanço em relação ao tempo em que só o saber científico, centrado na figura do professor, era reconhecido.

De que forma e em que contexto surge essa idéia?

A partir dos meados da década de 1980, os países de capitalismo avançado passam por grandes mudanças tecnológicas e organizacionais do trabalho,

cujo resultado é a flexibilização da produção e reestruturação das ocupações; integração de setores da produção; multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores; valorização de saberes dos trabalhadores não ligados diretamente ao trabalho prescrito ou ao conhecimento formal. É nesse contexto que começa a ocorrer o fenômeno de deslocamento conceitual da qualificação para as competências, com dois objetivos fundamentais: reordenar a compreensão da relação trabalho/educação, desviando o foco dos empregos, das ocupações e das tarefas para o trabalhador, em suas implicações subjetivas com o trabalho; e institucionalizar novas formas de educação/formação e de gestão dos trabalhadores nas organizações e no mercado de trabalho em geral.

Com esse deslocamento, a inserção profissional e as relações sociais de trabalho deixam de se basear nos títulos e diplomas, ou seja, na formação recebida inicialmente, e na capacidade de organização coletiva – corporativa e política – dos trabalhadores e passam a se apoiar na capacidade real demonstrada pelos sujeitos, individualmente, nas situações enfrentadas no trabalho, isto é, em capacidades próprias de cada trabalhador e que estão no plano de sua subjetividade. Ocorre, portanto, um enfraquecimento da dimensão conceitual, relativa ao valor dos diplomas, e da dimensão social da qualificação, em contraposição ao fortalecimento de sua dimensão experimental. A experiência, que determinaria as capacidades diferenciais dos sujeitos, passa a ser considerada a dimensão mais importante da qualificação. As competências dos trabalhadores passam a ser a principal referência para a educação e gestão dos trabalhadores. O modelo de competências, portanto, tem origem (neo)pragmática e conteúdo ético-político compatível com a cultura pós-moderna, que corresponde à lógica cultural do capitalismo tardio, e acaba desempenhando um papel específico na representação dos processos de formação e de comportamento do trabalhador na sociedade. Eu diria que a noção de competência está situada no plano de convergência entre a teoria interacionista da formação

do indivíduo, na qual a competência passa a ser uma característica psicológico-subjetiva de adaptação do trabalhador à vida contemporânea, e a teoria funcionalista da estrutura social, que situa a competência como fator de consenso necessário à manutenção do equilíbrio da estrutura social.

Hoje, depois de tantos estudos sobre o tema, que tipo de crítica você faz à pedagogia das competências, defendida por muitos como sendo capaz de aproximar a escola da prática social?

Bem, existem incoerências internas nesse modelo, uma vez que a única forma de constituir a competência como referência pedagógica formal seria objetivando-a. Isso, no entanto, faz com que a competência deixe de ser um atributo subjetivo e se transforme num parâmetro de conduta. Em outras palavras, a dimensão virtuosa da teoria das competências, que, segundo Gérard Malglaive, está relacionada à compreensão e ao estímulo do complexo processo estrutural e dinâmico da inteligência pelo qual os saberes formais e práticos são articulados frente às atividades, desencadeando novas aprendizagens, acaba reduzida à prescrição e à indução de condutas observáveis e controláveis.

Há muitos argumentos favoráveis ao modelo das competências, dentre os quais, a de que ele permite maior aproximação entre a escola e a prática social e, ainda, maiores níveis de integração curricular. Eu, no entanto, penso que esses argumentos não resistem ao processo de objetivação que eu citei acima. Ao invés de aproximar escola e realidade, esse modelo tende a transformar a escola em espaço de reprodução artificial do cotidiano, empobrecendo-a como espaço de conhecimento. Além disso, ao invés de promover maiores níveis de integração curricular, acaba favorecendo sua desintegração, com redução dos conhecimentos a recursos instrumentais. Nesse sentido, os conhecimentos acabam sendo tomados de forma desvinculada do universo epistemológico e histórico em que foram produzidos e, com isso, adquirem finalidades meramente pragmáticas. O resultado, na minha opinião, é que, na me-

lhor das hipóteses, esse modelo consegue formar pessoas que lidam bem com os conhecimentos práticos, mas que são pouco capazes de produzir novos conhecimentos, uma vez que desconhecem a 'dinâmica da ciência'.

Utilizar o processo de trabalho como referência para a prática pedagógica é imprescindível para a educação profissional, mas é um erro querer reproduzir o espaço de trabalho na Escola. O papel das instituições de ensino não pode ser o de aperfeiçoar os conhecimentos que as pessoas já têm, mas sim de proporcionar o acesso aos conhecimentos, articulando trabalho, ciência e cultura, e buscando desenvolver em seus alunos uma compreensão crítica. O foco individual das competências juntamente com a supervalorização da experiência pode resultar na formação de sujeitos bastante capazes de se adaptarem à realidade, mas não de transformá-la.

E no plano ideológico? Qual tem sido o papel do modelo das competências?

No que se refere à crítica ideológica, eu acredito que o uso desse modelo no universo do trabalho é revelador. Em nossas pesquisas, nós demonstramos, entre outras coisas, que o discurso que contrapõe, com base no reconhecimento e na valorização da subjetividade dos trabalhadores, a idéia de competências aos preceitos do taylorismo-fordismo, foi reelaborado como estratégia de expropriação desses mesmos trabalhadores e de apropriação pelo capital de seus conhecimentos. Mas isso não é tudo. Ele ainda se tornou um meio de individualização das relações de trabalho. O modelo das competências nesse campo acabou servindo para a construção de um falso consenso que responsabiliza as políticas de proteção do trabalho pela crise do emprego, a ser enfrentada pelos trabalhadores no plano individual.

Em resumo, eu penso que o modelo das competências e sua pedagogia podem ser considerados mais uma ideologia a serviço da cultura da individualização e da fragmentação social do que de uma elaboração científica capaz de proporcionar a unidade entre o trabalho e a educação e entre a teoria e a prática, como é anunciado. 📌

Página da RETS entra no ar

Site disponibiliza notícias e informação para toda a rede



Conheça a página da RETS

Home: Logo que entra no portal, o visitante tem acesso às últimas notícias publicadas. Elas aparecem na página principal com manchete, imagem e um pequeno resumo do assunto tratado. Basta clicar para ler a matéria completa. À direita ficam os informes: notas curtas que divulgam informações interessantes. É na página principal que também é encontrada a ferramenta de busca, o fale conosco e os links para versões em outros idiomas.

Membros: Nesta seção, é possível encontrar as informações básicas e os contatos de todas as instituições integrantes da rede – Instituições de Ensino, Órgãos do Governo, Representações da

O último mês de maio marcou mais uma realização importante para a Rede de Internacional de Educação de Técnicos em Saúde: a página da RETS (www.rets.epsjv.fiocruz.br) foi inaugurada no dia 22. “O site, que é uma importante ferramenta de integração e divulgação de conhecimento e informações entre os membros da rede, também ajudará no compartilhamento de materiais didáticos e dará mais visibilidade à produção científica das instituições, assim como a outros sites e eventos essenciais para a área”, explica a Coordenadora de Cooperação Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e da Secretaria Executiva da RETS, Anamaria Corbo, que também fala sobre objetivos futuros: “Nós queremos chegar a um nível em que possamos divulgar os programas de curso das escolas conveniadas, uma medida que estimulará as discussões sobre a formação de técnicos em saúde, especialmente no nível regional”.

No site, desenvolvido em versão trilingue – português, espanhol e inglês –, o usuário também encontra todo o conteúdo da Revista RETS para visualização online ou download, inclusive de edições anteriores. Aqueles que desejarem também poderão receber avisos de atualização do conteúdo da página por meio de alimentador (feed) **RSS**.

Para a jornalista Ana Beatriz de Noronha, editora da revista e do site da RETS, o lançamento é apenas o início de um longo processo de trabalho que precisará da cooperação de todas as instituições membros da Rede para que alcance o seu pleno potencial. “A colaboração de todos é essencial para que o site tenha sempre conteúdo interessante e atualizado”, comenta, lembrando que também já está sendo elaborado um boletim eletrônico com as notícias e outros conteúdos publicados na página.

Organização Mundial de Saúde e Outras Instituições – organizadas por continente e país.

Cursos: Espaço de divulgação dos cursos ministrados pelas instituições de ensino integrantes. O visitante tem duas opções de busca: pode visualizar os resultados divididos por região ou por áreas temáticas.

Publicações: Seção onde é possível encontrar livros, manuais, revistas científicas de interesse dos técnicos em saúde, entre outras.

Material Didático: Aqui são divulgados materiais que contribuam para a formação dos técnicos em saúde que estejam disponíveis em versão eletrônica ou possam ser solicitados por remessa postal.

Legislação: Compilação das leis que regulamentam a educação e a saúde em cada um dos países com instituições integrantes da rede.

Eventos: Área de divulgação de congressos, seminários, reuniões e demais encontros relacionados à saúde, à educação e ao trabalho, com enfoque especial para os eventos realizados por membros da rede.

Links: Lista de páginas interessantes no âmbito da saúde, da educação, da educação de técnicos e de áreas afins.

RSS é a sigla em inglês para Rich Site Summary ou Really Simple Syndication, uma forma simplificada de apresentar o conteúdo de um site. É um recurso que permite que o usuário tenha, através de alguns navegadores ou de programas específicos, acesso às atualizações de sites e blogs. Ao usar RSS, o leitor sabe imediatamente quando uma informação de seu interesse é publicada, sem precisar navegar até o site de notícias. Para usar a ferramenta, o usuário deve clicar no ícone RSS do site desejado e adicioná-lo à lista de seu alimentador.

2ª Reunião Geral da RETS

Evento quer fortalecer estratégias de cooperação

Já está definida a data de realização da 2ª Reunião Geral da RETS, que ocorrerá simultaneamente à 1ª Reunião das subredes de Escolas Técnicas da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) e da União das Nações Sul-Americanas (Unasul), de 9 a 11 de dezembro, no Rio de Janeiro, Brasil.

A primeira reunião geral aconteceu em 2006, durante o Fórum Internacional de Educação de Técnicos em Saúde, que mobilizou aproximadamente 70 representantes das diversas instituições vinculadas à Rede. “Naquele momento, foi pactuado o regulamento e o plano de trabalho da RETS para o período de 2006 a 2008”, lembra a coordenadora de Cooperação Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e da Secretaria Executiva da RETS, Anamaria Corbo.

Com o tema ‘Consolidando a atenção primária na formação dos trabalhadores técnicos em saúde’, o evento reunirá representantes das instituições integrantes da RETS, dirigentes nacionais responsáveis pelas políticas de educação de técnicos em saúde e membros dos Observatórios de Recursos Humanos das Américas e da África para discutir novas formas de fortalecer as estratégias de cooperação no âmbito da Rede.

“Essa segunda reunião, além de estabelecer o Plano de Trabalho da Rede para 2010 - 2012, visa definir processos mais operacionais que contribuam para a consolidação da área de educação de técnicos em saúde nos países membros, tendo como eixo de discussão a formação desses profissionais



à luz dos preceitos do modelo de atenção primária à saúde”, explica Anamaria. A importância desse enfoque, segundo ela, deve-se à necessidade de a Rede contribuir para a recuperação da perspectiva ambiciosa da atenção primária como princípio de reorientação dos sistemas de saúde, tendo como base o princípio do direito e à saúde e do acesso universal a cuidados de saúde de qualidade.

No encontro, sediado na EPSJV/Fiocruz, também serão discutidas formas de colaborar para a estruturação da área de técnicos nos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde e de fortalecer a pesquisa entre as instituições da RETS. Além disso, os participantes serão divididos em dois grupos: um que irá elaborar o plano de trabalho da subrede da Unasul e o outro que debaterá a operacionalização do plano de trabalho da subrede da CPLP.

A inscrição é gratuita e os interessados em participar devem preencher o formulário disponível no site da RETS (<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>).

2ª Reunião Geral da RETS

1ª Reunião das subredes de Escolas Técnicas da CPLP e da Unasul

Data: de 9 a 11 de dezembro de 2009.

Local: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz)

Endereço: Av. Brasil, 4365 - Manginhos - Rio de Janeiro - RJ - 21040-360.

Telefone: 55 (21) 3865-9730

E-mail: cci@epsjv.fiocruz.br

Erramos

Na página 11, da edição impressa da Revista da RETS nº 2, em português, erramos ao dizer que “No Brasil, o técnico é um profissional de nível médio, com ingresso pós-secundário (12 anos de escolaridade formal), e o curso tem duração mínima de 1.200 horas”. A informação correta é: “No Brasil, o curso técnico, cuja duração mínima é de 1.200 horas, deve estar articulado com o ensino médio, podendo ser realizado das formas ‘concomitante’ ou ‘integrada’, para alunos que tenham concluído o ensino fundamental (9 anos de ensino formal) ou ‘subsequente’, para alunos que já tenham concluído o ensino médio (12 anos de ensino formal). O técnico é um profissional de nível médio”.

Migração da força de trabalho entra definitivamente na agenda da saúde global

A força de trabalho é fundamental para o fortalecimento dos sistemas de saúde e para o sucesso das iniciativas nacionais no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Por conta disso, muitos países vêm se esforçando bastante para formar profissionais em quantidade e com as qualidades necessárias para suprir as necessidades de saúde de sua população. O esforço, no entanto, nem sempre dá resultado, entre outras coisas, devido à migração de trabalhadores do setor para outros países que oferecem condições de trabalho e de vida mais atraentes.

Em vários outros países, a movimentação de trabalhadores da saúde ocorre no âmbito interno e a grande dificuldade é manter esses profissionais em zonas remotas e áreas rurais, geralmente onde são mais necessários.

Aparentemente diferentes, os casos são apenas aspectos complementares de um mesmo desafio, complexo e multidimensional, a ser enfrentado por autoridades e gestores locais, nacionais, regionais e globais da saúde. A tarefa, no entanto, não é simples: o número de trabalhadores migrantes da saúde vem crescendo exponencialmente nas últimas décadas e os modelos migratórios tornam-se cada vez mais complexos e envolvem cada vez mais países.

Nos países africanos, segundo a assessora de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde da Afro/OMS Magda Awases, no artigo ‘Migration of skilled health professionals in the African Region: An overview’*, o fenômeno alcançou um nível de crise. O maior problema, de acordo com o texto, é que em alguns países da África Subsaariana, o déficit da força de traba-

lho em saúde se acentua muito com a elevada ocorrência de HIV/Aids, tuberculose e malária entre a população. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que seriam necessários mais de 800 mil trabalhadores – mais de 130% do contingente atual – para compor uma força de trabalho capaz de dar conta das necessidades básicas dos habitantes da região.

Para o coordenador do Departamento de Recursos Humanos em Saúde da OMS e editor-chefe do periódico *Human Resources for Health*, Mário Roberto Dal Poz, não é possível, no entanto, tratar a migração dos trabalhadores da saúde simplesmente como um problema a ser combatido.

“Em primeiro lugar, não se pode simplesmente parar a migração, que é um direito básico do ser humano. Todos têm o direito de buscar melhores condições de vida, de se movimentar livremente de uma região para outra. Nenhum governo pode obrigar alguém a permanecer num determinado lugar contra a sua vontade. É possível, no entanto, tentar administrá-la, adotando políticas capazes de maximizar os benefícios e reduzir os efeitos negativos que esses movimentos migratórios podem trazer”, explica.

Pouca informação agrava desconhecimento sobre o tema

Segundo o Relatório Mundial da Saúde 2006*, apesar de o assunto da migração de trabalhadores de saúde ter sido trazido para a agenda da saúde global nos últimos anos, ainda há poucas estatísticas confiáveis sobre a questão. Nos poucos países que acompanham movimentos migratórios, as informações disponíveis estão, como afirma o documento, geralmente limitadas a médicos e ao pessoal de enfermagem, sendo praticamente inexistentes informações sobre o movimento de outras categorias profissionais. “O desconhecimento acerca de quantos trabalhadores de saúde estão se movimentando, de onde eles vêm e para onde estão indo, torna difícil compreender o tamanho do problema”, diz o relatório.

Em alguns países da OCDE, como Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Reino Unido e EUA, mais de 20% dos médicos que exercem a profissão são formados em outros países. Por outro lado, os médicos formados na África Subsaariana que trabalham em países da OCDE representam em média 23% da atual força de trabalho de médicos em seus países de origem. Isso significa, por exemplo, que existem mais de 12 mil médicos sul-africanos trabalhando no exterior para pouco mais de 32 mil que trabalham na África do Sul. A situação não muda muito quando se trata do pessoal de enfermagem e das parteiras, cujo contingente que trabalha em países da OCDE representa cerca de 5% da força de trabalho atual de seus países.

O relatório, no entanto, chama atenção para o fato de que os dados da OCDE não são capazes de dar conta dos padrões complexos e das razões para a movimentação dos trabalhadores de saúde. “É necessário ampliar o conhecimento no campo da

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), criada em 1961, é uma organização internacional e intergovernamental que agrupa os 30 países mais industrializados do mundo. Seu objetivo é promover políticas que assegurem o crescimento econômico sustentável e desenvolvimento dos países membros.

migração com dados e informações de fluxos e tendências, envolvendo as características demográficas dos migrantes e o impacto da migração nos serviços de saúde”, justifica Dal Poz.

O que expulsa e o que atrai os trabalhadores?

Para o especialista, a primeira pergunta que deve ser feita quando se pensa nesse tema é: por que os profissionais de saúde migram? “Eles migram pelas mesmas razões de outros trabalhadores: melhor emprego e melhores condições de vida. Ninguém migra pelo prazer de migrar. Às vezes, a migração é resultado de uma política de governo. Às vezes, as pessoas migram porque não têm emprego em seus países de origem, por causa de guerras, perseguições políticas e até mesmo por problemas climáticos”, afirma Dal Poz, que completa: “As pessoas migram em busca da segurança que não encontram em seus próprios países”.

Segundo ele, o quadro é mais ou menos semelhante quando se trata de migrações internas, do campo para as cidades. “Se a pessoa não tem acesso à moradia adequada ou escola para seus filhos, ela vai buscar onde há mais oportunidades, ou seja, nas áreas mais desenvolvidas”.

Entre os fatores que fomentam a migração de trabalhadores, Dal Poz destaca os acordos de comércio e serviços – em inglês: General Agreement on Tariffs and Trade, GATT – que contribuem para a remoção ou redução de barreiras ao fluxo da força de trabalho entre os países. “Na área da saúde, a enfermagem tem ocupado uma posição de destaque na agenda internacional, dada à redução dos efetivos em países centrais, particularmente no Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. As deficiências desses países, causadas, em parte, pelo rápido envelhecimento de suas populações, vêm sendo supridas cada vez mais com profissionais do mundo em desenvolvimento”, sustenta, ressaltando que já existe um mercado global para algumas categorias profissionais, verificado por padrões de educação uniformes. “Os currículos das escolas de enfermagem das Filipinas e da África do Sul, por exemplo, são baseados no currículo das escolas de enfermagem do Reino Unido e dos Estados Unidos da América, o que

possibilita o recrutamento sem necessidade de exame adicional de qualificação profissional para as enfermeiras que vêm desses países”, enfatiza.

Outro reflexo desse cenário é a proliferação de agências de recrutamento privado que acabam estimulando a migração de trabalhadores de saúde de países de baixa renda. De acordo com

a OMS, um estudo realizado em 2004 descobriu que essas agências estimularam a maioria do recrutamento de países como os Camarões e uma pesquisa com quase 400 enfermeiras migrantes em Londres constatou que cerca de dois terços delas foram recrutadas por agências para trabalhar na Grã-Bretanha.

2º Encontro Regional de Migrações dos Recursos Humanos de Saúde discute panorama nas Américas

Reunir representantes dos países Iberoamericanos para aprofundar o diálogo sobre o fenômeno migratório, estabelecendo medidas necessárias a uma abordagem sistêmica e integrada entre os atores envolvidos no processo. Esse foi o objetivo do 2º Encontro Regional de Migrações dos Recursos Humanos de Saúde, realizado nos dias 1 e 2 de junho deste ano, no Uruguai. O evento deu continuidade a discussões realizadas em inúmeras outras iniciativas, dentre elas, a da Reunião Andina – Migração de Profissionais de Saúde, ocorrida em março, no Peru, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS).

Conheça alguns dados gerais apresentados durante o evento:

- **América Latina e Caribe:** os principais países receptores de trabalhadores da região são o Chile, os EUA, o Canadá, a Espanha e Portugal; os mais importantes fluxos migratórios temporários programados são: de Cuba para Venezuela e Uruguai, e do Uruguai para o Taiti; há recrutamento massivo de pessoal de enfermagem, mas, em alguns países também ocorre migração de médicos.
- **Argentina:** quase 90% das enfermeiras que migram para o país são provenientes da América Latina, o que coincide com as correntes migratórias da população em geral; 41% das enfermeiras provêm de países fronteiriços e 21% do Peru; quase 40% das enfermeiras que migraram para a Argentina enviam dinheiro para o seu país de origem.
- **Brasil:** o país apresenta superávit de recursos humanos qualificados e, paradoxalmente, déficits de profissionais em algumas regiões; limitações do sistema produtivo para empregar os recursos qualificados e baixa capacidade de oferecer estímulos profissionais; mesmo com as barreiras do idioma que limitam a mobilidade dos profissionais, o Brasil é um potencial exportador de profissionais na área da saúde.
- **Paraguai:** a migração é fundamentalmente (cerca de 400, num período de dois anos) de pessoal de enfermagem, em direção à Espanha, Itália e EUA.
- **Chile:** mais de 30% dos 10 mil médicos que atuam na Atenção Primária são oriundos de outros países; dos cerca de 1300 médicos estrangeiros que atuam na APS, mais de 950 são equatorianos, 135 vêm da Colômbia e 60 de Cuba.
- **Peru:** o déficit na força de trabalho em saúde no país – mais de 6 mil médicos, 7 mil enfermeiras, 4 mil obstetras e 2 mil odontólogos – é similar ao encontrado na África Subsaariana; só em 2006/2007, 541 médicos peruanos migraram para a Espanha, representando uma perda de quase US\$ 300 mil em investimentos para sua formação.
- **Uruguai:** cerca de 15% da população reside no exterior; a emigração representa uma estratégia econômica de sobrevivência entre os jovens, especialmente os de nível educativo mais alto; em muitos casos, há planos para regressar ao país após um período no exterior; a Espanha e o Chile são os principais destinos dos migrantes.

As conseqüências da migração dos trabalhadores da saúde

De certa forma, como defende a OMS em seu relatório, a movimentação dos trabalhadores de saúde para o exterior “tem caráter de redenção”, ou seja, pode salvar a economia de alguns países. A cada ano, segundo o documento, bilhões de dólares são enviados pelos migrantes para os seus países de origem. Por conta disso, a migração pode ser associada com o declínio da pobreza em países de baixa renda. “Há países em que um terço da receita é oriunda dessas remessas dos migrantes”, acrescenta Dal Poz, lembrando que essa é uma das razões pelas quais as Filipinas decidiram formar enfermeiros para o mercado internacional. Um outro aspecto que

país, há uma significativa perda dos investimentos feitos em sua formação, que, principalmente nos países em desenvolvimento, depende de recursos públicos. De certo modo, é como se os países mais pobres subsidiassem a formação de profissionais que atuarão nos países mais ricos. “Estima-se que, enquanto Gana perdeu cerca de £ 35 milhões de seu investimento na formação dos profissionais da saúde, o Reino Unido economizou, desde 1998, mais de £ 65 milhões em custos de formação, por conta do recrutamento em Gana”, acrescenta.

A perda financeira, no entanto, não é, de acordo com a OMS, o resultado mais danoso. “Quando um país tem um sistema de saúde frágil, a perda da sua força de trabalho pode fazer com que o sistema como um todo chegue perto do colapso, e as conseqüências podem ser medidas nas vidas perdidas. Nessas circunstâncias, o cálculo da migração internacional se desloca do escoamento ou da aquisição de cérebros para os `fluxos fatais`”, ressalta o texto do relatório mundial da saúde.

“Os países mais vulneráveis são os que têm mais a perder quando os trabalhadores migram. Para alguns países, como a Etiópia, que formam cerca de 300 médicos por ano, a migração de 150 causa um impacto enorme. Se formasse 3 mil, no entanto, as conseqüências seriam menores. Além disso, esses países perdem justamente seus melhores profissionais, aqueles com mais condição de conseguir um emprego fora. Com isso as possibilidades de atender as necessidades de saúde de sua população ficam reduzidas”, acrescenta Dal Poz.



pode ser considerado ‘positivo’ é que se os trabalhadores de saúde voltam para casa, eles trazem consigo habilidades e perícia de grande importância para o seu país de origem.

Ainda que possa apresentar alguns aspectos positivos, existe também um lado bastante grave da migração de trabalhadores da saúde. No continente africano, algumas das conseqüências são: a piora do acesso e o aumento da iniquidade da distribuição de cuidados de saúde nas áreas rurais, o aumento da carga de trabalho para os trabalhadores que permanecem no país, resultando em estresse e absentismo, e a realização de serviços por pessoal cada vez menos qualificado. “O efeito é mais devastador em países pequenos, onde a perda de um cardiologista pode resultar no encerramento de uma enfermaria ou da cardiologia clínica”, enfatiza Magda Awases.

Além disso, quando um grande número de profissionais vai embora de um

Gerenciamento da migração: ampliando benefícios e reduzindo danos

Segundo a OMS, a complexa combinação de trabalhador, local de trabalho e forças do mercado que geram fluxos não controlados de trabalhadores de saúde desafiam qualquer ação simples ou única relacionada à migração. A idéia é desenvolver várias iniciativas de gerenciamento da migração que, simultaneamente, protejam os trabalhadores da saúde e minimizem as desigualdades e o impacto negativo que os movimentos migratórios tenham sobre os países mais vulneráveis.

O gerenciamento da migração dos trabalhadores de saúde envolve, como reitera Dal Poz, o “equilíbrio entre as liberdades individuais, dos que vão em busca de melhores condições de trabalho e de vida, e a necessidade de impedir perdas excessivas para os países, tanto no que diz respeito à migração interna – concentração urbana e abandono rural – como dos fluxos internacionais dos países mais pobres para os mais ricos”.

A OMS aponta várias estratégias de gerenciamento da migração, classificando-as em: estratégias do país de origem; estratégias do país receptor; e instrumentos internacionais.

No caso dos países de origem, o gerenciamento da migração envolve a formação voltada para as condições e necessidades locais; a melhoria das condições de trabalho; e medidas de estímulo ao retorno dos migrantes após um período de trabalho em outro país.

Caberia aos países receptores se preocuparem com os direitos e o bem-estar dos trabalhadores de saúde migrantes e assumir sua responsabilidade sobre as conseqüências negativas do recrutamento desses profissionais nos países de origem, principalmente quando se trata de países que já apresentam déficits severos na força de trabalho. Além disso, as autoridades internacionais recomendam que os países rece-

bedores prestem mais apoio aos países carentes de profissionais de saúde, enviando trabalhadores que possam atuar nas áreas mais afetadas.

Por fim, cabe às autoridades nacionais, associações profissionais e órgãos internacionais discutir a elaboração de políticas éticas de recrutamento internacional, códigos de prática e diretrizes que, embora não tenham valor jurídico, permitam estabelecer acordos bilaterais ou globais importantes para o recrutamento internacional de trabalhadores de saúde. A dúvida é se essas normas teriam influência suficiente para mudar o cenário atual.

A idéia de se criar um código de práticas para o recrutamento internacional de pessoal de saúde vem sendo amplamente discutida pela OMS, num processo que começou em 2004 (ver box), e que encontra, segundo Dal Poz, inúmeras dificuldades: “O caso é que não há um consenso. Alguns países são contra, pois dependem de importação de mão-de-obra. Os EUA, por exemplo, têm uma cota para enfermeiras, o Canadá importa enfermeiras e médicos e há países no Oriente Médio que não formam profissionais em número suficiente. A idéia do código é estabelecer princípios éticos de recrutamento, tais como: ‘não buscar ativamente trabalhadores de países onde o déficit da força de trabalho já é um problema’, que poderão ou não ser acatados”.

Sobre a eficácia do código que está sendo elaborado, o pesquisador é enfático: “O código não resolve os problemas, ele apenas coloca alguns princípios éticos que os diferentes agentes



de recrutamento devem seguir. Não é uma coisa mágica. Não é o fato de se ter um código que vai resolver os problemas, é preciso que os princípios estabelecidos sejam seguidos”.

As estratégias propostas pela OMS já vêm sendo aplicadas por vários países, que se esforçam para reduzir a migração de seus trabalhadores da saúde. Na opinião de Magda Awases, no entanto, o futuro não é promissor, uma vez que os países desenvolvidos continuam a necessitar de trabalhadores oriundos de países em desenvolvimento. “O desafio para os países africanos é superar os aspectos macroeconômicos, sociais e políticos que podem prejudicar as estratégias e iniciativas implantadas para abrandar a migração e mitigar seus efeitos negativos. Eles, no entanto, não podem agir sozinhos, na medida em que estão inseridos numa economia global, fortemente determinada pelos países que também são os principais recrutadores. São esses países que devem agir para que a cadeia global de cuidados em saúde se torne menos desigual”, conclui. ✉

*Leia mais:

- Relatório Mundial da Saúde (OMS, 2006). Disponível em: <http://www.who.int/whr/2006/en>
- ‘Migration of skilled health professionals in the African Region: An overview’, de Magda Awases (African Health Monitor, janeiro-junho 2007). Disponível em: <http://www.afro.who.int/press/periodicals/healthmonitor/jan-jun2007.pdf>
- ‘Does a code make a difference – assessing the English code of practice on international recruitment’, de Buchan and all. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/7/1/33>
- ‘The Kampala Declaration and Agenda for Global Action: Health Workers for All and All for Health Workers’ (1º Fórum Global sobre Recursos Humanos em Saúde, Kampala, março de 2008). Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/forum/2_declaration_final.pdf
- Código de práticas para o recrutamento internacional de pessoal de saúde (OMS, 2009). Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_13-en.pdf

O Código de Práticas para o Recrutamento Internacional de Pessoal de Saúde

A necessidade de aumentar o controle sobre a questão da migração de profissionais de saúde, que afeta principalmente os países mais pobres, levou a 57ª Assembléia Mundial da Saúde (AMS) a publicar, em 2004, uma resolução solicitando a elaboração de um código que regulasse o recrutamento internacional de trabalhadores da saúde.

Em 1º de setembro de 2008, o Secretariado da OMS publicou o primeiro esboço do código, para apreciação e comentários pelos Estados-Membros e outras partes interessadas. Foi realizada então, uma consulta pública, por meio da WEB, cujos resultados deram origem a uma segunda versão do documento, apresentada na 124ª Reunião do Conselho Executivo da OMS, em janeiro deste ano, antes de ser levada à 62ª AMS, em maio.

O documento é composto por 11 artigos e tem por objetivos: estabelecer e promover princípios voluntários, modelos e práticas para o recrutamento internacional de pessoal de saúde; servir como instrumento de referência para o estabelecimento ou aprimoramento, por parte dos Estados-Membros, das legislações nacionais, de acordos bilaterais e de outros instrumentos legais; estimular a discussão internacional e a cooperação avançada em questões relacionadas com o recrutamento de pessoal de saúde.

Entre seus princípios (Artigo 3), o código afirma que o recrutamento internacional deve ser conduzido com transparência, equidade e buscando benefícios mútuos. Além disso, insta os Estados-Membros a promoverem a igualdade de direitos para os trabalhadores migrantes e a desenvolverem programas de formação que dêem conta de suas necessidades de pessoal para a área de saúde, reduzindo a necessidade de importar trabalhadores.

Educação de Técnicos em Saúde - parte 1

O objeto da constituição da RETS é a ‘educação de técnicos em saúde’. Mas o que exatamente quer dizer isso? Quem são os técnicos em saúde e a que nos referimos quando usamos a palavra educação?

Como vimos na edição passada, apesar de a expressão ‘técnico em saúde’ ter vários sentidos, na medida que é usado para designar uma gama de profissionais com níveis de escolaridade, formação e funções bastante diversificados, é possível, ainda que com algum esforço, identificá-los nas diferentes realidades.

A outra dificuldade tem a ver com a polissemia da palavra ‘educação’, que pode assumir tantos sentidos quantos forem os projetos de sociedade e, portanto, as concepções de educação e de trabalho e as relações estabelecidas entre esses dois campos.

Educação e trabalho em estreita relação

No Brasil, a ‘educação de técnicos em saúde’ integra a ‘educação profissional’, definida na Lei nº. 9.394, de 1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação –, como processo educativo, desenvolvido nas escolas ou nos locais de trabalho, que permite ao indivíduo adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços. Nesse sentido, a educação profissional em saúde compreende tanto a formação inicial ou continuada, realizada nos serviços de saúde ou em instituições de ensino, quanto a formação técnica média e a formação tecnológica superior, realizadas exclusivamente em instituições de ensino. De forma mais específica, a ‘educação de técnicos em saúde’ se refere à formação de profissionais de nível médio, em cursos técnicos de, no mínimo 1200 horas, concomitantes ou integrados ao ensino médio, para aqueles que tenham concluído o ensino fundamental (9 anos de ensino formal), ou subsequentes, para aqueles que já tenham concluído o ensino médio (12 anos de ensino formal).

Em alguns outros contextos, no entanto, a idéia de educação profissional é utilizada apenas para se referir à formação de nível superior universitário, como ressaltam Giovanni Escalante Guzmán e Manuel Nuñez Vergara, no artigo ‘Situação da oferta de formação de Técnicos Assistenciais em Saúde do Peru’*. Segundo eles, em entrevistas realizadas com atores ligados aos Institutos Superiores Tecnológicos (ISTs), responsáveis pela formação de técnicos no país, é perceptível a “confusão de termos”: muitos dos entrevistados afirmam que só podem ser chamados de profissionais da saúde os que se graduaram nas universidades. No Peru, assim como em outros países da América Latina, os cursos técnicos são de nível superior não universitário.

Para os autores, contudo, definições utilizadas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) tornam perfeitamente viável o uso do termo ‘educação profissional’ para se referir à educação de técnicos em saúde. “Segundo a OIT, o termo profissão significa dedicação a um ofício, arte ou disciplina científica”, explicam, complementando: “Cabe mencionar que a OIT definiu o conceito de ‘competência profissional’ como a capacidade para realizar uma tarefa ou desempenhar um posto de trabalho eficazmente por possuir as qualificações requeridas para ele”.

Mais ou menos integrado à educação regular, em concepções que atenuam ou acentuam a suposta dicotomia entre o pensar e o agir, o ensino técnico-profissional sofre inúmeras mudanças e apresenta nuances distintas, muitas vezes bastante sutis, de acordo com o contexto histórico no qual está inserido.

No caso da saúde, como afirmam Isabel Brasil, atual diretora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), e Júlio César França Lima, na 2ª

edição do Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, ainda prevalecem idéias e práticas que buscam adaptar e conformar os trabalhadores à realidade existente, ao mercado de trabalho e às necessidades do capital, ainda que haja iniciativas contra-hegemônicas que visam formar profissionais capazes de colaborar na construção de uma sociedade mais justa e solidária. “Essas experiências são realizadas no cenário histórico e social do capitalismo tardio, um cenário contraditório e complexo, em que se confrontam as posições progressistas, que defendem e reafirmam a saúde como um direito universal, e a realidade da formação recente do capitalismo em nosso país [Brasil], que tende a tornar a saúde uma mercadoria”, afirmam.

A formação para o trabalho na história

Na Grécia antiga, as funções intelectuais eram consideradas incompatíveis com qualquer espécie de trabalho envolvendo o corpo. O labor, definido por Hannah Arendt (‘A Condição Humana’, 1983) como o esforço do corpo para prover o sustento, era desenvolvido basicamente pelos escravos, e o desgaste físico provocado pelo trabalho era visto como cerceador da liberdade de pensar. No mundo feudal, a formação dos artesãos e dos camponeses continuou a ocorrer durante o exercício profissional, ficando as escolas restritas à formação intelectual do clero e da nobreza. Em ambos os casos, a formação profissional acontecia no próprio processo de trabalho e o trabalhador não tinha acesso ao conhecimento científico socialmente produzido.

Com o surgimento da burguesia, o advento do capitalismo e a Revolução Industrial, ocorrem grandes modificações nesse cenário: surge a questão do emprego; novas divisões e funções são

introduzidas na hierarquia social do trabalho; a fábrica se fortalece como local de produção, e a escola começa a se firmar como local de transmissão dos conhecimentos necessários ao exercício dessas funções, refletindo as relações de poder existentes na sociedade que se expressam, por exemplo, na definição dos conteúdos a serem transmitidos e os conhecimentos exigidos dos trabalhadores. O discurso da valorização do trabalho, como meio de acumulação de riquezas, não se traduz em reconhecimento do valor do trabalhador, cuja produção é expropriada pela burguesia. Nas escolas destinadas às classes populares, duas dimensões assumem igual importância: a instrução e a disciplina do tempo e do uso do corpo para o trabalho de fábrica. À burguesia, por sua vez, destinam-se os modelos de escola voltados para uma formação mais sólida onde há a socialização do conhecimento científico socialmente produzido:

A instauração da idéia de ‘infância’, como tempo e estatutos próprios, une burguesia e classe trabalhadora em torno da idéia de separação entre a escola e o trabalho, ainda que por razões e com objetivos distintos, segundo Marx: a burguesia por querer que seus filhos se qualifiquem para a gestão dos negócios e os trabalhadores por acreditarem que seus filhos possam vir a ser algo mais do que simples operários. “Projetos antagônicos e, portanto, em conflito, sustentam a relação contraditória entre trabalho e formação, de um lado concretizada em modelos de escola propostos pela sociedade liberal, de outro, colocada na perspectiva de construção de uma sociedade socialista pelos movimentos revolucionários”, afirma Marlene Ribeiro, no texto ‘Trabalho como base da formação: elementos de um currículo para educação de jovens e adultos’*.

A relação entre trabalho e formação/educação é fortemente definida pelo paradigma de sociedade que sustenta essa relação. Por isso, fica claro para Marlene que, numa sociedade capitalista – centrada no indivíduo, e na qual o trabalho é **heterônomo** e o mercado, extremamente competitivo –, só é possível estabelecer um processo formativo baseado na solidariedade, na autonomia e na cooperação, se forem exploradas as condições sobre as quais, entre outras coisas, se assentam o modo de produção capitalista e as relações que atravessam as instituições sociais, como a escola.

A educação e seus inúmeros sentidos

A finalidade da educação, o significado do conhecimento, as teorias e as práticas utilizadas no processo educativo variam na medida em que variam as concepções de mundo nas quais se inserem. Historicamente, foi travada uma disputa sobre a natureza da educação: humanística para alguns, por ser a principal porta de acesso aos valores e à cultura de uma época, e econômica para outros, por tornar possível a reprodução da força de trabalho necessária à manutenção do sistema produtivo.

*Leia mais:

- ‘Educação Profissional em Saúde’, de Isabel Brasil e Júlio César França Lima, na 2ª edição do Dicionário da Educação Profissional em Saúde (Rio de Janeiro. EPSJV, 2009). Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=43>
- ‘Situación de la oferta de formación de Técnicos Asistenciales en Salud en el Perú’, de Giovanni Escalante Guzmán e Manuel Nuñez Vergara, disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/home.php?Area=Noticia&Num=48>
- ‘A Educação Profissional em Saúde no Brasil: concepções e práticas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde’ – Relatório de Pesquisa, de Marise Ramos, Aline Buy, Ana Paula Blengini e Jonas Emanuel. Disponível, em breve, no site da RETS.
- ‘Trabalho como base da formação: elementos de um currículo para educação de jovens e adultos’, de Marlene Ribeiro (Anped, 25ª Reunião Anual, 2002, GT 09). Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/25/excedentes25/marleniberirot09.rtf>

sujeito a uma lei exterior ou à vontade de outra pessoa.

Em meio a essa disputa, surgem inúmeras correntes pedagógicas, classificadas pelo educador brasileiro Demerval Saviani em críticas e não-críticas.

As críticas, como explica Marise Ramos, no relatório da pesquisa ‘A Educação Profissional em Saúde no Brasil: concepções e práticas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde’, são aquelas que entendem a educação como “uma mediação ético-política da formação humana que possibilita a compreensão da realidade e potencializa a ação dos sujeitos para superar a exploração e a alienação dos trabalhadores, transformando-a em benefício da emancipação humana”. As não-críticas, por sua vez, seriam aquelas que “consideram a realidade como um dado natural e estável, em relação a qual o ser humano elabora uma representação que o ajuda a adaptar-se a ela”.

De acordo com o relatório, e como será visto mais detalhadamente na próxima edição desta revista, a pedagogia de Paulo Freire é um exemplo de corrente crítica, enquanto as teorias da pedagogia tradicional, o tecnicismo, o pragmatismo e a própria pedagogia das competências (ver página 2) servem para ilustrar a corrente não-crítica. ❏



Escola de Saúde do Chaco 'Tekove Katu'

No último dia 1º de maio, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), por meio de sua representação na Bolívia, concedeu à Escola de Saúde do Chaco 'Tekove Katu' o diploma de Escola Modelo. Ao homenagear a dedicação da Escola boliviana à formação do pessoal de saúde das comunidades indígenas e a pertinência social de sua orientação sanitária e pedagógica, a Opas legitimou o resultado de um trabalho que começa em 1985 e tem uma longa história, que se confunde com a luta do povo guarani por seus direitos.

Em guarani: vida plena; completo desenvolvimento físico, mental, social e espiritual.

“O mínimo para todos”

Nos anos 70, os movimentos populares de base, que inspiram, entre outras coisas, a declaração de Alma-Ata, em 1978, também ajudam na organização do povo guarani. Nesse período, para mapear detalhadamente a realidade em que vivia a população nativa, começa a ser realizado o Diagnóstico da Província Cordilheira, uma das cinco que compõem o Chaco Boliviano.

Os vários encontros comunitários realizados para debater os resultados do diagnóstico fortaleceram a idéia de se reunir todo o povo guarani na busca de soluções para os principais problemas identificados em cinco setores considerados fundamentais – Produção, Infraestrutura, Saúde, Educação e Terra-Território, reunidos sob a sigla Piset – e resultaram na criação da **Assembléia do Povo Guarani (APG)** da Bolívia, em fevereiro de 1987.

Naquela época, segundo o professor Aurelio Mèndez Candapuri, responsável pela Tekove Katu, uma das prioridades apontadas foi a da formação de trabalhadores para os diferentes setores do Piset, tarefa assumida por várias instituições. “A Escola de Saúde do Chaco 'Tekove Katu' nasce para apoiar a formação do pessoal das comunidades indígenas, em especial dos habitantes do Oriente Boliviano e dos Chacos Argentino e Paraguai, no campo da saúde. O objetivo era formar profissionais adequados às exigências das comunidades, que reunissem a visão clássica da medicina com a tradicional, respeitando usos e costumes locais, e que, com conhecimento da realidade, da vivência e da língua materna, se tornassem atores das mudanças necessárias”, conta Aurélio.

Igreja e Estado: parceria para enfrentar dificuldades

Na área da saúde, a concretização dos ideais de Alma-Ata esbarra em inúmeros obstáculos. Na luta por seus direitos, as comunidades guaranis da região recebem o apoio da Igreja, que, segundo Aurélio fez sua opção preferencial pelo povo guarani e por outros povos indígenas do território. “Não se trata de uma ‘interferência’, até porque a

A APG, criada em 7 de fevereiro de 1987, entrou definitivamente no cenário boliviano no dia 28 de janeiro de 1992, quando organizou um evento nacional para recordar os 500 anos da invasão da América e homenagear os cerca de três mil nativos que morreram 100 anos antes, na batalha de Kuruyuki.

Atualmente, a APG representa mais de 80 mil membros das mais de 300 comunidades guaranis bolivianas

Fonte: <http://www.cidob-bo.org/regionales/apg.htm>

Igreja busca colaborar para que o povo guarani possa recuperar e desenvolver sua própria espiritualidade e religiosidade”, garante Aurélio. “A preocupação fundamental da Igreja é a promoção humana. O caminho da Igreja e do povo coincide na busca pelos mesmos objetivos”, justifica.

Em 1989, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) adota o Convênio 169 sobre populações indígenas e tribais, o qual afirma a obrigação dos governos de “por à disposição dos povos indígenas os meios necessários que lhes permitam organizar e prestar serviço de saúde sob sua própria responsabilidade e controle”. Em resposta às dificuldades enfrentadas pelo Estado boliviano para cumprir a determinação, ratificada em 1991, pelo Art. 25 da Lei 1257, é

Produção: alimentos básicos para todos e desenvolvimento que utilize, de forma racional, os recursos existentes na comunidade.

Infraestrutura: serviços básicos, escolas, postos de saúde, moradias e estradas que permitam o deslocamento entre as comunidades e os centros urbanos.

Saúde: implementação dos programas de saúde nas comunidades guaranis e compatibilização da medicina tradicional com a medicina ocidental, para melhorar os serviços.

Educação: modelo intercultural e bilíngüe (língua nativa e espanhol), com incorporação de elementos que permitam a análise da história regional, a proteção do meio ambiente e a interculturalidade.

Terra-Território: demarcação e titulação dos territórios, condição básica para a sobrevivência e desenvolvimento do povo guarani.

Fonte: <http://www.cidob-bo.org/regionales/apg.htm>

assinado um convênio entre o Ministério da Saúde e o Vicariato de Cuevo, coordenado pelo Pe. Tarcisio Dino Cibatti.

De acordo com Aurélio, o convênio, cuja meta é responder as necessidades de saúde dos povos nativos, por meio da formação e capacitação de pessoal adequado, implementar e fortalecer serviços de saúde conforme sua cultura e incentivar a investigação científica, é assinado para suprir uma deficiência do Estado, mas, por outro lado, exige que o Estado atenda as demandas do povo.

Formando um Ipaye moderno

“A forma de ensinar pode destruir ou elevar a autoconfiança das pessoas e a força da comunidade”, afirmou o biólogo e educador norte-americano David Werner, numa frase que serve de inspiração aos que trabalham na Escola Tekove Katu.

A Escola Tekove Katu tem por objetivo formar um **Ipaye** moderno, ca-

Vocábulo guarani para designar o xamã, o curandeiro; aquele que utiliza elementos da medicina tradicional para curar, para recuperar a saúde dos membros da comunidade.

paz de apontar para as pessoas o ponto de partida para uma saúde integral e que trabalhe para que os nativos tenham acesso a serviços de saúde com **interculturalidade**, conhecimento e respeito à medicina tradicional.

Para ingressar em qualquer dos cursos da Tekove Katu – formação de enfermeiros, nutricionistas, técnico de laboratório clínico e técnico em saúde ambiental, nutrição e higiene, todos com complementação de educação em saúde –, os candidatos devem, entre outras coisas, ter no mínimo 18 e no máximo 25 anos; ter cursado no mínimo os oito anos de ensino obrigatório; ser eleito na Assembleia Comunal; ter boa conduta e disciplina em sua comunidade, ser voluntário e ter consciência do que seja respeitar os professores e companheiros; conhecer e falar sua língua nativa; identificar-se com sua gente, sua cultura e sua Organização indígena; estar disposto a trabalhar em sua comunidade ou onde a Organização precise.

Os cursos são modulares, com duração de quatro anos, intercalando períodos presenciais e práticas comunitárias

A interculturalidade é considerada pela constituição boliviana como instrumento de coesão e de convivência harmônica e equilibrada entre todos os povos que constituem a Bolívia, definida como um Estado Unitário Social de Direito Plurinacional Comunitário.

e de serviço. Todo o processo se desenvolve na modalidade de internato, com atividades acadêmicas durante o dia e em parte da noite. O plano de cada módulo é de responsabilidade do professor e deve ser baseado em três diretrizes básicas: o ensino deve utilizar processos de Educação Popular; as atividades de aula devem estar intimamente relacionada à realidade das próprias comunidades indígenas; e o espírito da convivência no processo de ensino-aprendizagem deve ser indígena, segundo o modo de ser guarani (‘Nandereko’).

Tekove Katu: política, educação e saúde

Tendo formado mais de 600 profissionais para atuarem na área da saúde, além de colaborar em outras atividades estabelecidas no Convênio Ministério da Saúde-Vicariato, a Escola de Saúde do Chaco ‘Tekove Katu’ desempenha um importante papel político, educativo e social, na constituição de uma Atenção Primária à Saúde ‘indígena’, que permita ao Sistema Nacional de Saúde uma maior adequação cultural.

“Do ponto de vista político, é uma escola do Estado que busca fortalecer a visão de saúde integral na qual as equipes de saúde incluem não apenas os médicos e paramédicos e nem serve apenas para curar os enfermos. Nós buscamos respostas às necessidades básicas que afetam diretamente a saúde e, por

isso, defendemos que a equipe deve incluir técnicos em saúde, nutrição, facilitadores de serviços, entre outros, priorizando a prevenção segundo os objetivos estabelecidos e os princípios de Alma-Ata”, destaca Aurélio.

Na área da educação, o professor lembra que todos os profissionais egressos da Escola são educadores populares em saúde bilíngües e identificados com sua própria cultura, algo fundamental para uma população carente de educação em saúde e que tem dificuldades de mudar hábitos de higiene, por exemplo. Mas isso não é tudo. “Há muitos anos, a Escola promove o uso da Caderneta de Saúde Escolar, institucionalizada pelo ministério em 2005. O uso do documento, que dá continuidade à Caderneta de Saúde Infantil e acompanha a criança nos oito anos de escola obrigatória, envolve autoridades, pais, professores e o pessoal de saúde, sendo muito importante para controlar a evasão escolar”, complementa.

Por fim, ele ressalta a incorporação de novos profissionais pelos serviços de saúde, colaborando para que o sistema nacional alcance seu objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde e de ampliar a extensão da cobertura. ☒

Leia mais:

- Yasarekomo: Una experiencia de comunicación indígena en Bolivia (FAO, 2004): <http://www.fao.org/docrep/006/y5311s/y5311s00.HTM>



Rede de Escolas Técnicas de Saúde é prioridade no Pecs

Fortalecer os sistemas de saúde dos Estados membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), de forma a garantir o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade. Esse é o objetivo central do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (Pecs 2009-2012), aprovado no dia 15 de maio, no Estoril, em Portugal, durante a II Reunião de Ministros de Saúde da CPLP.

CPLP: Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor Leste.

No encontro, também foi criado um fundo setorial que dará suporte financeiro às atividades da cooperação, a partir de contribuições dos Estados-membros e de organismos internacionais, públicos e privados.

A aprovação do Pecs representa um compromisso coletivo de cooperação estratégica no setor da saúde e um marco num processo iniciado oficialmente em abril de 2008, durante a I Reunião de Ministros de Saúde da CPLP, realizada na Cidade da Praia, capital de Cabo Verde.

“De fato, a ideia surgiu numa reunião do então presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Paulo Buss, com o diretor do Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Portugal (IHMT), Jorge Torgal, e com o embaixador cabo verdiano Luís de Matos Fonseca, na época Secretário Executivo da CPLP. O Paulo Buss, então, solicitou à Diretoria de Planejamento Estratégico (Diplan) da Fiocruz a elaboração de uma primeira proposta para o plano, a ser apresentada aos ministros na reunião em Cabo Verde”, conta o diretor da Diplan/Fiocruz, Félix Julio Rosenberg.

Processo envolve vontade política e empenho técnico

Em Cidade da Praia, foram definidas as diretrizes orientadoras dos projetos integrantes do Pecs e que incluem, entre outras: a adoção dos Objetivos do Milênio (ODM); o respeito e a defesa dos princípios de apropriação, harmonização, alinhamento, gestão por resultados e prestação de contas; a utilização dos Planos Nacionais de Saúde para a definição de prioridades de cooperação; e a redução dos déficits quantitativo e qualitativo de recursos humanos em saúde (RHS) nos Estados membros da CPLP.

Sobre esses princípios, a Declaração de Accra, assinada em julho de 2007, durante a 9ª Nona Sessão Ordinária da Assembleia da União Africana afirma:

- Os países parceiros devem exercer uma liderança efetiva sobre as suas políticas e estratégias de desenvolvimento (apropriação).
- Os doadores devem basear sua cooperação nas estratégias de desenvolvimento dos parceiros e nos seus sistemas locais (alinhamento).
- Os doadores devem coordenar suas atividades e minimizar os custos relacionados à ajuda (harmonização).
- Os países parceiros e os doadores devem orientar as suas atividades a fim de atingir os resultados desejados (gestão para os resultados).
- Os doadores e os países parceiros devem prestar contas mutuamente sobre os resultados de uma melhor gestão da cooperação (prestação mútua de contas).

Fonte: Pecs/CPLP, maio/2009

“Foram criadas comissões dos pontos focais para elaboração do Plano. A Fiocruz, representada por mim, e o IHMT, representada pelo Paulo Ferrinho, foram encarregadas de assessorar tecnicamente o processo, dando forma ao Pecs”, explica Félix Rosenberg.

Peritos da área da saúde designados pelos Ministérios da Saúde dos Estados membros da CPLP.

Em julho de 2008, depois de estabelecida uma proposta de Estrutura para a Elaboração do Plano, foi definida a estratégia de identificação de prioridades para a cooperação. Nessa etapa, realizada nos meses de agosto e setembro, coube ao IHMT realizar missões em Angola, Cabo Verde e Guiné-Bissau, ficando a Fiocruz responsável pela consulta a Moçambique e a São Tomé e Príncipe, além do Timor Leste.

Ainda em setembro, no Rio de Janeiro, Brasil, o Grupo Técnico, com apoio da Assessoria Técnica, discutiu as prioridades identificadas, aprovando o Documento Base do Pecs. Em março deste ano, um novo encontro foi realizado para a discussão dos projetos relacionados no Documento Base, a ser examinado e aprovado formalmente pelos ministros na reunião do Estoril.

Formação da força de trabalho em saúde: eixo estratégico

Com base nas diretrizes orientadoras e nas informações prestadas pelos países, foram estabelecidos sete eixos estratégicos de ação, no âmbito dos quais foram definidos cerca de 20 projetos, nove dos quais considerados prioritários.

No Eixo 1 (ver box), um dos quatro projetos de alta prioridade é o de estruturação da Rede de Escolas Técni-

cas de Saúde da CPLP, que será coordenado pela Fiocruz, por meio da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e que envolve, além da formação docente, assessoria para a formulação de projetos político-pedagógicos, organização curricular em áreas prioritárias e fortalecimento da estrutura organizacional.

“Cabe à Fiocruz coordenar quatro dos nove projetos: o da rede de escolas técnicas; o da rede de escolas de saúde pública, com particular foco nas escolas de governo; o dos centros de investigação em saúde pública e o das comunidades saudáveis. O IHMT estará no comando técnico de três projetos. O Observatório de Recursos Humanos e o Portal CPLP/Saúde estarão a cargo, respectivamente, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Secretaria Executiva da CPLP”, lembrou Félix Rosemberg, que também destacou o desempenho da Fiocruz como mobilizador político do processo e a importância do Pecs para todos os envolvidos.

Segundo ele, o Pecs está completamente de acordo com a política governamental brasileira, que considera vital a Cooperação Técnica Internacional do tipo Sul-Sul, principalmente com a África, em especial com os países de língua portuguesa, e com a América Latina, com prioridade para os países do Mercosul.

“A Cooperação Sul-Sul é uma forma diferente de cooperar baseada não nas ideias de doador-receptor ou de apoio e assessoria, mas na ideia de intercâmbio, no qual todos têm algo importante a aprender”, esclarece.

Contexto reforça protagonismo da Rede de Escolas Técnicas

Na África de língua portuguesa e no Timor Leste, a força de trabalho na área da saúde é composta principalmente por trabalhadores técnicos e auxiliares, formados muitas vezes no próprio serviço. As condições de vida, o perfil epidemiológico e a estrutura dos sistemas nacionais de saúde requerem, no entanto, uma oferta cada vez mais diversificada de conhecimentos profissionais.

Pecs: eixos e projetos prioritários

Eixo 1. Formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde

- Projeto 1.1 - Criação da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da CPLP
- Projeto 1.5 - Estruturação da Rede de Escolas Técnicas de Saúde da CPLP
- Projeto 1.6 - Estruturação da Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública da CPLP
- Projeto 1.7 - Formação Médica Especializada nos Países de Língua Portuguesa

Eixo 2. Informação e comunicação em saúde

- Projeto 2.1 - Criação do Portal CPLP/Saúde

Eixo 3. Investigação em saúde

- Projeto 3.1 - Fortalecimento da investigação científica em saúde pública na CPLP

Eixo 4. Desenvolvimento do complexo produtivo da saúde

- Projeto 4.2 - Centros Técnicos de Instalação e Manutenção de Equipamentos (CTIME)

Eixo 5. Vigilância epidemiológica e monitorização da situação de saúde

- Projeto 5.1 - Monitorização e avaliação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio na CPLP

Eixo 6. Emergências e desastres naturais

Eixo 7. Promoção e proteção da saúde

- Projeto 7.1 - Comunidades Saudáveis: implantação de projetos-piloto nos países da CPLP

A mudança do atual quadro sanitário desses países passa obrigatoriamente pela expansão e melhoria da atenção primária e pelo fortalecimento da vigilância em saúde, o que, por sua vez, depende da formação e qualificação permanente dos trabalhadores da área.

Todos os países, no entanto, ainda têm problemas para elaboração de políticas e planos estratégicos de recursos humanos de saúde e para a formação de profissionais para o setor. De forma geral, os cinco países africanos e o Timor Leste apresentam, entre muitas outras coisas, inadequação quantitativa e qualitativa da força de trabalho em saúde; gestão de pessoal deficiente; e graves problemas de migração e fixação dos trabalhadores da área.

Apesar de existirem Escolas Técnicas de Saúde (ETS) em todos os países da CPLP, a realidade entre elas é bastante distinta. No Brasil e em Portugal, essas instituições formam uma ampla gama de profissionais. Em Cabo Verde, Angola e Moçambique, também já são oferecidos cursos em diversas especialidades, muitos dos quais, em cooperação técnica com Portugal. Em Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e no Timor Leste, no entanto, a formação é bem mais restrita, englobando

basicamente as áreas de enfermagem e de laboratórios.

Baixa capacidade de elaboração de projetos político-pedagógicos e de currículos adequados às necessidades dos sistemas de saúde, insuficiência de professores habilitados e problemas de infraestrutura, como falta de laboratórios, redes de informática deficientes e acesso restrito à internet, são alguns dos fatores que afetam a formação técnica em saúde nos países africanos de língua portuguesa e no Timor Leste, ocasionando escassez de profissionais. Além disso, a inexistência de um sistema coordenado de formação técnica, a realização de cursos para atender demandas pontuais, fortemente influenciadas pela disponibilidade de recursos de cooperação internacional, e a falta de padronização dos cursos existentes também afetam negativamente a qualidade da formação técnica nesses países.

Diante desse quadro e por conta do caráter estruturante que as escolas formadoras de trabalhadores técnicos de saúde desempenham no âmbito dos sistemas nacionais de saúde, o projeto de formação da Rede de Escolas Técnicas de Saúde da CPLP tornou-se prioritário no âmbito do Pecs. 

Cobertura universal: qualificação dos trabalhadores é indispensável

Em seus dois números anteriores, a Revista RETS abordou a relevância que o Relatório Mundial da Saúde 2008 – ‘Atenção Primária: agora mais do que nunca’ atribui aos trabalhadores do setor no fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) e na consequente construção de sistemas nacionais mais fortes e equitativos.

A partir desta edição, o objetivo é destacar o que diz respeito à força de trabalho em saúde nas reformas que o documento considera fundamentais para a melhoria da resposta dos países em relação à atenção primária.

Equidade em saúde: acesso universal é básico

No relatório, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta que as principais causas das iniquidades em saúde derivam de condições sociais que estão fora do controle direto da Saúde e que, portanto, devem ser enfrentadas de forma intersetorial. Para a OMS, no entanto, cabe ao setor saúde caminhar em direção da cobertura universal, adotando, em seu próprio âmbito, medidas que promovam a equidade em saúde. “Ainda que a cobertura universal não garanta a equidade sanitária, ela é um de seus fundamentos básicos”, reitera o documento.

“As diferenças de vulnerabilidade e de exposição a riscos sanitários somadas às desigualdades em saúde acarretam resultados sanitários desiguais que, por sua vez, contribuem para reforçar a estratificação social, raiz de todas as desigualdades”, afirma o relatório, lembrando que as decisões normativas na área definem sistemas de saúde capazes de agravar ou minimizar as desigualdades, e de mobilizar o governo e a sociedade em torno da agenda pró-equidade.

Avançar em direção à cobertura universal significa trabalhar em três eixos, aumentando gradativamente sua amplitude – proporção da população com aces-

so à saúde –, profundidade – número de serviços essenciais necessários para responder com eficácia as necessidades de saúde das pessoas – e nível – aumento da fração dos custos de cuidados de saúde cobertos por fundos comuns e pré-pagamento, com redução dos pagamentos diretos pelos usuários. A forma de os países realizarem esse avanço e os desafios a serem enfrentados dependem muito dos contextos nacionais específicos.

Áreas onde não há serviços de saúde para a população e a infraestrutura de cuidados básicos de saúde precisa ser construída praticamente do zero, por exemplo, representam um dilema. O que é melhor: apostar no desenvolvimento de um acesso universal mais ou menos imediato a um conjunto de intervenções limitadas ou introduzir paulatinamente sistemas geograficamente mais restritos de cuidados primários mais integrais?



O que fazer quando não há profissionais qualificados?

Segundo a OMS, nos últimos 30 anos, um número razoável de países escolheu, com base na discutível concepção de atenção primária seletiva, a opção de tornar disponível a todos um número restrito de programas supostamente prioritários, realizados por um grande número de trabalhadores com baixo nível de formação técnica. A Etiópia, por exemplo, vem empregando cerca de 30 mil agentes nessa tarefa, com destaque positivo para o fato de que, atualmente, uma grande parte deles já está sendo beneficiada por um ano de ensino pós-secundário.

A existência de pessoal pouco qualificado, no entanto, restringe as possibilidades de intervenção a um número limitado de medidas simples e que, na maioria das vezes, não atendem as necessidades da população. Uma das inúmeras desvantagens dessa opção é favorecer o surgimento de um amplo mercado paralelo de saúde para suprir as deficiências do sistema oficial. Além disso, a falta de oferta de cuidados primários mais abrangentes tende a resultar no agravamento de situações facilmente preveníveis, sobrecarregando os níveis de maior complexidade e, conseqüentemente, aumentando sobremaneira os custos totais do sistema.

Estabilidade e boa formação: sistemas mais integrais

A opção de desenvolver gradativamente os cuidados primários, área a área, por meio de uma rede de centros de saúde com o necessário apoio hospitalar inclui as intervenções prioritárias no âmbito de um pacote mais integral de cuidados de saúde e tem como ponto central o centro de cuidados primários: infraestrutura profissionalizada, com capacidade de resolução de problemas e possibilidade de expansão modular do leque de atividades.

Para a OMS, o fator limitante dessa opção é a falta de quadros estáveis de pessoal de nível médio com capacidade de organizar distritos de saúde e de manter, ao longo dos anos, o esforço necessário para conseguir resultados sustentáveis para toda a população.

“Em locais nos quais esse tipo de expansão foi conduzido apenas como um exercício administrativo, os resultados foram decepcionantes”, alerta o relatório. O sucesso ocorre, ainda que haja limitação de recursos, quando a resposta equilibra oferta e procura e há participação da população e de parceiros relevantes na construção de redes robustas de cuidados primários. ■