

REVISTA

Ano 3 – nº 12 – out./nov./dez. 2011

RETS

Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde

Impresso
Especial

9912213586 DR/RJ

Fundação
Oswaldo Cruz

CORREIOS



CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Declaração do Rio sela compromisso ético internacional na luta
contra as desigualdades sociais e pela equidade em saúde

SUMÁRIO

Entrevista - Anakeila de Barros Stauffer “Todo mundo tem o direito de saber e de saber tudo o que quiser”	2
DNTs viram ponto central da pauta da saúde global	5
Publicações	7
Capa Conferência Mundial destaca a importância das políticas de combate às desigualdades em saúde	8
Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde	10
Notícias da rede	14
Oficina discute Sistemas de Informação de Recursos Humanos em Saúde	16

editorial

O mês de dezembro chegou e, com ele, encerramos mais um ano de trabalho na RETS, no qual publicamos quatro edições da revista e mais de 50 matérias e 70 informes em nosso site, além de ter enviado 16 boletins eletrônicos e postado inúmeras mensagens no Twitter e, mais recentemente, no Facebook. É certo que ainda não conseguimos realizar tudo que planejamos com a qualidade que desejamos, mas temos certeza de que, em alguma medida, cumprimos nosso papel de produzir e disseminar, para um público cada vez maior, informações relevantes para o fortalecimento da Rede e das áreas de educação e trabalho dos técnicos em saúde e de cooperação técnica internacional.

Também é certo que, em 2012, estaremos juntos novamente, com o firme propósito de, “sem muita pressa, mas sem perder tempo”, como dizia o escritor português José Saramago, aprimorar nossos processos de trabalho e, conseqüentemente, elaborar produtos cada vez mais interessantes para nossos leitores.

Nesta última edição de 2011, retomamos a questão dos materiais didáticos para a formação dos técnicos em saúde numa entrevista com Anakeila de Barros Stauffer, professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Além disso, colocamos em foco alguns importantes eventos ocorridos recentemente – a Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde, a Reunião de Cúpula da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre as Doenças Não Transmissíveis e a Oficina de Sistemas de Informação de Recursos Humanos em Saúde –, cujas

discussões acabam impactando, direta ou indiretamente, a educação dos trabalhadores do setor.

Na seção ‘Notícias da Rede’, procuramos divulgar um pouco do importante trabalho que algumas instituições que integram a RETS vêm desenvolvendo em prol da saúde pública, reiterando o convite a todos os demais membros a também desfrutar dos nossos espaços de compartilhamento de experiências e realizações.

Boa leitura!
Secretaria Executiva da RETS

expediente

Ano 3 - nº 12 out/nov/dez 2011

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

E-mail: rets@epsjv.fiocruz.br

Conselho Editorial

Carlos Planel (EUTM/UdelaR – Uruguai)

Elba Oliveira (ENS-La Paz – Bolívia)

César Alfaro Redondo (Escola de Tecnologias em Saúde/UCR – Costa Rica)

Isabel Araújo (UniCV – Cabo Verde)

Carlos Einisman (AATMN – Argentina)

Jornalismo

Editores: Ana Beatriz de Noronha - MTB25014/RJ

Estagiária: Julia Neves de Farias

Produção gráfica

Designer: Zé Luiz Fonseca

Diagramador: Marcelo Paixão

Tradução

‘Espaço sem fronteiras’ (Jean-Pierre Barakat)

Tiragem

2 mil exemplares

Secretaria Executiva da RETS

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Diretora

Cristina Araripe

Coordenadora de Cooperação Internacional

Anamaria D'Andrea Corbo

Equipe da Coordenação de Cooperação Internacional

Ana Beatriz de Noronha

Anakeila Stauffer

Kelly Robert

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: cci@epsjv.fiocruz.br

Apoio

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



“Todo mundo tem o direito de saber e de saber tudo o que quiser”



Para dar continuidade à discussão sobre materiais didáticos na educação dos técnicos em saúde, a Revista RETS entrevistou Anakeila de Barros Stauffer, professora-pesquisadora da Coordenação de Cooperação Internacional (CCI) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).

Professora de ensino fundamental e pedagoga com mestrado e doutorado em Educação, Anakeila começou a se interessar pelo tema quando, como professora, realizava análise desses materiais com alunos do curso de pedagogia. Já na EPSJV, participou de alguns processos de elaboração do **Paltex** e da série de livros ‘Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde’. Na CCI, tem participado ativamente de ações de cooperação relacionadas a essa questão com instituições de ensino da América do Sul, especialmente Paraguai, Bolívia e Argentina, e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop).

Como vimos na edição anterior, material didático é tudo aquilo que pode ser utilizado para facilitar o processo educativo. Mas falando especificamente daqueles materiais elaborados especialmente para esse fim – cartilhas, livros didáticos, manuais, apostilas e CDs, por exemplo –, quais seriam suas funções primordiais?

Realmente o conceito de material didático é bastante amplo, mas pensando nesses materiais que são mais tradicionais no espaço educativo, eu diria que eles têm a função de socializar o conhecimento, considerando-se que a forma pela qual socializamos o conhecimento depende diretamente da forma que o concebemos.

Qual o papel do educador na mediação entre o livro didático e o processo pedagógico?

Historicamente, o material didático tende a se converter em um guia do que deve ser ensinado. Num sentido mais tradicional, o bom professor seria aquele que usa o material didático do princípio ao fim, sem modificá-lo; aquele que funciona como replicador

do conhecimento que está prescrito no material didático, supostamente elaborado por um grande especialista no assunto. O professor não opera sobre o trabalho, ele praticamente não atua como um intelectual, no conceito gramsciano do termo. Nesse caso, as concepções presentes são o do conhecimento como algo estático, do professor como um repetidor e do aluno como depósito do conhecimento que esse professor transmite com apoio do material didático elaborado por um especialista. Por outro lado, quando se concebe o conhecimento como um processo dinâmico e coletivo, o professor passa a realizar o papel do

intelectual que dialoga com diversos materiais, a fim de selecionar aqueles que podem contribuir para a aprendizagem dos educandos.

Ao longo do tempo, que mudanças ocorrem nessas funções e nos critérios de produção dos livros didáticos?

Devemos lembrar que o material didático é um artefato cultural e isso implica um constante processo de mudança. No Brasil, essa história começa com as ‘cartinhas de ler e aprender’, um material de catequese elaborado em Portugal e usado pelos pais na alfabetização de seus filhos. A lógica instituída naquela época, portanto, era a de um discurso mais religioso. Com o passar do tempo, isso não é abolido, mas sim modificado por conta de inúmeras influências. O Iluminismo, por exemplo, traz uma visão mais científica, mais tecnicista, e os materiais didáticos ganham uma linguagem pretensamente neutra e objetiva. A linguagem, portanto, também muda de acordo com a concepção que se tem acerca do ato de ensinar e aprender.

Nos anos 70, os materiais didáticos elaborados dentro dessa concepção tecnicista sofrem muitas críticas, baseadas na teoria marxista, por fortalecerem preconceitos e estereótipos. Nos anos 80, eles sofrem algumas mudanças de conteúdo e linguagem resultantes dessas críticas e, no mesmo período, as políticas públicas voltadas para o material didático que começam a ser constituídas no país abrem um novo filão

de mercado. Para poderem vender seus livros para o governo, as editoras começam a reformular seus materiais. Essa é a história brasileira, mas serve para mostrar que vários fatores contribuem para que os livros didáticos mudem ao longo do tempo.

Essas mudanças ocorrem apenas por fatores relacionados aos contextos nacionais ou será há alguns fatores de ordem global?

Em 1995, o Banco Mundial publicou o documento ‘Prioridades, estratégias para educação e estudo setorial’, no qual o livro didático é colocado como o 4º componente, em ordem de importância, no processo de aprendizagem, à frente, inclusive, do próprio professor. Isso mostra um resquício tecnicista, ou seja, a ideia de que é possível criar um material didático que dispensa a mediação de seres humanos para a construção coletiva do conhecimento. Esse documento, por exemplo, impulsionou toda uma política de material didático.

A Unesco, por sua vez, publicou um documento que tratava da questão do multiculturalismo e afirmava, entre outras coisas, a importância do respeito às línguas africanas, porque é a partir da língua que os povos constroem sua identidade. Esse discurso teve grande repercussão. Hoje, por exemplo, a gente tem mais consciência, de que, apesar de o português ser a língua oficial de alguns países da África, nem toda a população desses países fala o idioma. Em alguma medida, portanto, esses or-

ganismos internacionais vão divulgando suas ideias e os países, também de formas distintas, vão absorvendo esses mandos e desmandos.

E os materiais didáticos voltados para a formação técnica em saúde?

Pensando mais especificamente no técnico em saúde, o mais comum são os materiais didáticos com pouca base teórica, certamente porque o pensamento dominante ainda vê o técnico como aquele que deve saber fazer e que não precisa saber pensar sobre o que o está fazendo. Isso resulta num conteúdo empobrecido, com uma linguagem muitas vezes também empobrecida e fragmentada. Não poderia ser diferente, pois o material didático traz em si uma determinada concepção do conhecimento e do tipo de aluno você deseja formar. Então, na formação dos técnicos em saúde, o que temos é uma banalização do conhecimento e a visão desse trabalhador como alguém de menor status e de menos valor na cadeia do trabalho.

Que aspectos você destacaria como fundamentais na análise dos materiais didáticos?

Ao falar de material didático você tem que avaliar que concepções de formação profissional e humana e de educação e de saúde como práticas sociais estão presentes. Que compromissos existem com a saúde pública e com a educação pública. Tudo isso é determinante e não pode ser descartado. Como eu citei antes, os materiais voltados para a educação dos técnicos em saúde mostram uma concepção de que aquele ser humano que está se formando não tem o direito a todos os saberes. Para mim, que trabalhava no ensino fundamental e acreditava que todo mundo tem o direito de saber e de saber tudo o que quiser, ainda é um choque ouvir que o técnico não pode saber isso ou aquilo porque isso ou aquilo é da competência do enfermeiro ou do médico. Isso ainda me causa um estranhamento muito grande, uma vez que eu vejo a educação e a saúde como direitos.

Em termos de conteúdo, algumas perguntas são obrigatórias. O que eu quero abordar está de acordo com o público ao qual o material se destina? Que objetivos eu quero com aquele texto? O material consegue alcançar os objetivos

O Programa Ampliado de Livros de Texto e Materiais de Instrução (<http://new.paho.org/paltex>) é um programa sem fins lucrativos desenvolvido pela Opas/OMS, com apoio da Fundação Pan-Americana para a Saúde e Educação (Pahef). Seu objetivo fundamental é dar apoio à formação de recursos humanos de qualidade na área da saúde. Todo o material oferecido (texto e instrumentos básicos) é repassado a um preço mais acessível ao aluno, estimulando-o a obter materiais e instrumentos necessários à sua formação universitária.

Criado em 2001, o Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública (PDTSP) é um programa institucional de indução à pesquisa estratégica, cujo objetivo é fomentar as atividades de pesquisa e desenvolvimento voltadas essencialmente para a inovação tecnológica no campo da saúde pública, tendo como perspectiva, contribuir e promover a saúde pública brasileira. A inovação tecnológica no campo da saúde pública é definida como a transformação de idéias em produtos, processos e abordagens tecnologicamente novos ou significativamente aprimorados que potencialmente possam proporcionar melhorias importantes nos já existentes. (<http://www.castelo.fiocruz.br/vpplr.pdtsp.php>)

que eu estabeleci? O texto apresenta uma visão estereotipada? O conteúdo está tecnicamente correto? Ele permite a construção de outros significados? Geralmente temos que fazer escolhas, porque há limite de número de páginas, por exemplo. Mas dentro daquele limite, o conteúdo está correto? O texto traz articulações com outros campos de saberes? Ele está contextualizado historicamente? Se não houver essa contextualização o aluno vai aprender o conteúdo sem saber sua origem e uma grande riqueza será perdida. O texto não deve dar respostas prontas para os alunos, mas levá-los a pensar, e é isso que torna a mediação do professor cada vez mais importante.

O conteúdo e a linguagem acabam sendo indissociáveis, principalmente se pensamos na possibilidade de construção coletiva, na necessidade de se apresentar vários pontos de vista sobre o mesmo aspecto. Isso é fundamental quando estamos formando para a saúde como prática social. Certamente há um saber técnico que deve ser transmitido, mas no trabalho em saúde há muito mais do que o saber técnico. Muitas vezes, o trabalhador até sabe a técnica correta, mas, no serviço, ele nem sempre consegue as condições ideais de trabalho ou o material necessário. O material didático, portanto, não pode simplesmente ensinar a técnica pela técnica, ele tem que trazer um pouco da realidade dos serviços, para que eles possam ser problematizados e, quando necessário, transformados.

No caso das atividades propostas, a bibliografia comentada é bastante interessante porque dá condições ao aluno de aprofundar seu conhecimento e ser pesquisador da sua prática. Se o material traz sínteses das ideias principais, se traz referências e indicações de outros materiais, como filmes ou livros que tenham a ver com o tema, o aluno pode construir o seu próprio caminho, deixa de ser leitor apenas do conteúdo específico daquele material didático e passa a ser um leitor do mundo. Uma pergunta, cuja resposta está no texto para ser copiada, é muito pouco para o conhecimento humano. É mais interessante para a formação humana propor uma atividade que questione o próprio conteúdo apresentado, que obrigue o aluno a refletir. É fundamental que a

atividade proposta vá além do que está no texto do material didático.

Você tem participado de inúmeras atividades relacionadas à questão dos materiais didáticos, inclusive no âmbito dos Palop e dos países do Mercosul. Que cenário você descreveria?

Como o técnico é visto como aquele que tem que saber fazer, isso acaba resultando em currículos e materiais voltados para a prática profissional e com pouca base teórica. No caso de uma epidemia de dengue, por exemplo, isso pode ser justificável, como se discutiu recentemente na Argentina. Nessa oficina, o pessoal do Ministério lembrou que nem sempre há tempo para se discutir o material destinado à orientação dos trabalhadores, e ele acaba sendo mais prescritivo. Isso mostra que o caráter do material didático deve estar de acordo com um determinado objetivo. Aqui na escola, onde nós podemos levar dois ou três anos elaborando um material didático, com base numa experiência prática de 25 anos, ele tem que ter outro tom. No caso dos países africanos, onde há uma dificuldade muito grande na formação docente, o material didático acaba tendo caráter ainda mais fechado, de controle não só do processo de aprendizagem, mas também do processo de ensino, com prescrições para os professores. Os materiais apresentam configurações diferentes, de acordo com a realidade histórica de cada país, mas acabam refletindo uma preocupação comum: a má qualidade da formação dos professores. No caso da saúde, muitos docentes vêm dos serviços e a grande queixa é que esse docente sabe muito bem a técnica, mas não sabe dar aula. O risco, portanto, está em tentar superar, através do material didático, essa formação docente deficiente.

Como mudar essa situação?

O professor também é um ser em formação. Não basta fazer um processo de formação único, ou seja, um curso de 40 horas para esses docentes. Isso não adianta porque o processo didático deve ser acompanhado no cotidiano. Se o professor não é bem formado, não

há como o material didático compensar essa deficiência. O professor que vem do serviço é muito importante, porque traz a realidade da saúde para a formação do técnico, mas é preciso garantir que esse professor também pense sobre o processo do qual participa. Como fazer para que ele dê conta de duas jornadas tão distintas, como fazer para que ele possa ter tempo para preparar sua aula, depois de trabalhar 20, 30 ou 40 horas. Será que ele dá aula porque quer, ou será que é apenas porque necessita complementar seu salário? Eu realmente acredito que é preciso pensar a possibilidade de reestruturação das escolas técnicas de saúde. Tem que se repensar que escola técnica de saúde nós queremos, que processo formativo desejamos e como fazer para que o docente que vem dos serviços aprenda a ser formador, pois isso não se faz com ações pontuais, nem por material didático e nem por capacitações corridas.

Quais os inconvenientes de utilizarmos materiais produzidos em outros países, em outras realidades?

Nos países subordinados aos países centrais, muitas vezes desenvolvemos uma noção de que o conhecimento do outro é melhor, que o conhecimento é neutro e que não tem a ver com a realidade. Então, muitas vezes, utilizamos o material de um outro país sem a devida articulação com as nossas necessidades específicas. Isso nos remete à noção do conhecimento científico como aquele que independe do local em que se insere, o que muitas vezes não é verdade. Isso na área da saúde é primordial. Muitas vezes no meu cotidiano de trabalho, é preciso fazer um curativo e não tem todo o material necessário. Então, como adaptar o que está prescrito, o que foi ensinado como o certo, para a realidade que se apresenta? Se o conteúdo que está no material didático mostra um ideal que está fora completamente desvinculado da realidade em que se trabalha, isso pode resultar numa grande frustração e no bloqueio da capacidade de produção de conhecimento, que permite trazer o conteúdo aprendido para a realidade. Não é que o conhecimento produzido em outros países não sirva para nós, o importante é ver como ele pode ser inserido na lógica do meu país. ■

DNTs viram ponto central da pauta da saúde global

Júlia Neves

As doenças não transmissíveis (DNTs) já são as principais causas de morte no mundo. Anualmente, mais de nove milhões de pessoas com menos de 60 anos morrem devido a doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Esses e muitos outros dados, publicados recentemente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), vêm alarmando as autoridades mundiais (ver box).

Ao longo dos anos, o impacto negativo da urbanização não planejada, o envelhecimento da população, a globalização do comércio e o estímulo exacerbado ao consumo resultaram no aumento nos fatores de risco dessas doenças. A situação atingiu proporções epidêmicas e a preocupação com os efeitos das DNTs na sociedade e na economia tem sido pauta de diversas discussões nos países e nos organismos internacionais.

As mudanças configuram novos desafios para a saúde pública, que precisa encontrar soluções para o enfrentamento das DNTs, levando em conta o forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, a morte prematura e os adversos efeitos econômicos gerados para a sociedade em geral.

Líderes mundiais se reúnem para reduzir fatores de risco das DNTs

No âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), a preocupação com as consequências das DNTs já dura alguns anos e resultou na publicação, em maio de 2010, de uma resolução que previa a realização de uma reunião de alto nível sobre a questão. Em abril de 2011, uma nova resolução da 65ª Assembleia Geral confirmou a realização do evento nos dias 19 e 20 de setembro deste ano, em Nova York. Ao justificar a realização da reunião, Nassir Abdulaziz Al-Nasser, presidente eleito da 66ª Assembleia Geral da ONU, explicou que essas enfermidades estão alterando a demografia e impactando o crescimento econômico das nações. Ele também destacou a necessidade da cooperação internacional para enfrentar a questão. “A comunidade global tem que trabalhar em conjunto para monitorar, reduzir a exposição de riscos, e fortalecer os cuidados de saúde para as pessoas com doenças não transmissíveis”, disse, na abertura do evento.

Para se ter uma ideia da dimensão do problema, é importante lembrar que essa foi a segunda vez na história da ONU que a saúde assumiu a centralidade das discussões na pauta global. A primeira ocorreu em 2001, quando foram determinadas as cooperações internacionais e ações orquestradas para o combate à epidemia da Aids.

O encontro, que reuniu 30 chefes de Estado e de Governo e mais de 100 ministros, foi realizado com o intuito de assegurar o comprometimento dos países para uma resposta global coordenada às DNTs. A proposta é aumentar significativamente o montante dos recursos destinados ao controle e à prevenção dessas doenças, num esforço que pode salvar milhões de pessoas da morte prematura e das limitações causadas por essas enfermidades.

Durante a reunião, que inseriu as DNTs na agenda internacional, foram discutidas as diretrizes mundiais, a serem divulgadas em 2013, para orientar governos, indústrias e organizações da sociedade civil a estabelecerem planos e ações de contenção dos fatores de risco relacionados aos quatro grupos de DNTs, como o álcool e o cigarro.

Países pobres sofrem as piores consequências

Em um relatório recente, o secretário geral da ONU, Ban Ki-Moon, ressalta que as DNTs são uma grande causa de pobreza, uma barreira ao desenvolvimento econômico e uma emergência global. No mesmo documento, ele faz algumas recomendações para o progresso mundial, como a necessidade de capacitação dos países para monitorar as doenças, seus fatores de risco e seus determinantes, a adoção de um eficiente nível de **atenção primária à saúde** e a união de diferentes setores da sociedade na luta contra as DNTs.

Prevention and control of noncommunicable diseases. Disponível no site da ONU (<http://www.un.org>), em: ‘Documents’ > ‘Search’ (‘Documents by Symbol’) > A/66/83

A atenção primária à saúde é a assistência essencial à saúde, baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade quanto o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento com espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual é função central e núcleo principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo-se no primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Declaração de Alma-Ata, 1978)

Consideradas uma ameaça ao desenvolvimento global, as DNTs atingem com ainda mais intensidade os países menos desenvolvidos, resultando em cada vez mais pobreza. Segundo a ONU, as mortes em decorrência dessas doenças aumentarão em 17% na próxima década, sendo que na África esse aumento pode chegar a 24%.

A ideia de que as DNTs afetam especialmente os países mais pobres foi reforçada pelo diretor para Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental da OMS, Ala Alwan, durante o evento na ONU. Segundo ele, em países de baixa e média renda, cerca de 30% das mortes pelas DNTs ocorrem em pessoas com menos de 60 anos, enquanto nos países ricos esse número cai para 13%.

Apesar de ainda haver muito a ser esclarecido sobre os determinantes dessas enfermidades, diversos fatores de risco suscetíveis a ações preventivas já estão bem definidos, entre eles o tabagismo, a ingestão de álcool, dietas pouco saudáveis e o sedentarismo.

As DNTs podem ser prevenidas e controladas através de ações coletivas e intersetoriais. No âmbito da saúde, o controle dessas doenças está diretamente relacionado à existência de sistemas universais que possibilitem o acesso de seus cidadãos a cuidados de qualidade. Nesse sentido, a cooperação internacional ganha importância e se torna fundamental no fornecimento de apoio financeiro e assistência técnica aos países menos desenvolvidos.

DNTs e a força de trabalho em saúde

‘Enfrentando as doenças não transmissíveis – É preciso força de trabalho’. Esse foi o tema de um dos eventos paralelos que ocorreram durante a reunião da ONU sobre essas enfermidades. O encontro, cuja finalidade foi evidenciar e estimular a reflexão e a discussão da importância da força de trabalho em saúde na luta contra as DNTs, foi organizado pela Aliança Global para Força de Trabalho em Saúde (GHTW), em conjunto com os governos da Índia e do Japão, a Fundação Touch e a Iniciativa de Advocacia de Força de Trabalho em Saúde, (HWAI, do inglês Health Work-

Atlas da OMS mostra situação das DNTs no mundo

A situação das DNTs alcançou proporções epidêmicas, alarmou os líderes mundiais e tornou-se foco de debates e fóruns ao redor do mundo. Em 2008, por exemplo, as DNTs mataram mais de 36 milhões de pessoas, o que equivale a 63% do total de óbitos em todo o mundo. As doenças cardiovasculares foram responsáveis por 48% dessas mortes, o câncer por 21%, as doenças respiratórias crônicas por 12% e a diabetes por 3%.

A crescente ameaça representada pelas doenças não transmissíveis (DNTs) levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a publicar o relatório ‘Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011’ com informações sobre a situação dessas enfermidades em seus 193 países membros.

O documento destaca as áreas em que cada governo deve focar para melhorar os serviços de prevenção e tratamento das DNTs e o que os países precisam fazer para reduzir a exposição das pessoas aos fatores de risco. Além disso, apresenta gráficos que trazem detalhes da proporção de morte devido a essas doenças e dados sobre a capacidade de cada país de combatê-las, mostrando o que os governos estão fazendo para enfrentá-las em termos de capacidade institucional, financiamento específico e ações para tratamento.

Segundo a publicação, as DNTs e suas consequências estão diretamente ligadas à renda dos países. Nos países

ricos, as DNTs chegam a ser responsáveis por mais de 70% do total de óbitos registrados e por, respectivamente, 8% e 10% das mortes prematuras – antes dos 60 anos – de homens e mulheres. Nos países de baixa renda, por sua vez, esses percentuais sobem para 22%, entre os homens, e 35%, entre as mulheres.

A hipertensão (pressão alta) é o fator de risco com a maior proporção de mortes no mundo (13%), em seguida vem o uso do tabaco (9%), aumento de glicose no sangue (6%), o sedentarismo (também com 6%) e o sobrepeso e a obesidade (5%).

De acordo com o Atlas, nos países desenvolvidos, 41% dos homens e 48% das mulheres levam vidas sedentárias, contrastando com 18% dos homens e 21% das mulheres nos países menos desenvolvidos. Nos Estados Unidos, por exemplo, onde as DNTs chegam a causar 87% de todas as mortes, 16% da população fuma e 43% não pratica atividades físicas.

De forma geral, os dados mostram que nos países mais ricos as ações voltadas para o controle da pressão sanguínea e dos níveis de colesterol estão tendo impactos positivos no combate às DNTs, mas ainda é preciso ampliar as ações voltadas para a redução de peso e do controle da diabetes. O Atlas da OMS foi publicado em inglês e está disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en.

force Advocacy Initiative), e realizado no dia 19 de setembro.

Em vários painéis, palestrantes de diferentes países apresentaram e discutiram as complexas questões que emergem da combinação de um grande aumento na carga de DNTs num cenário de força de trabalho insuficiente.

O médico de Uganda Michael Ebele Omeke abriu o evento destacando a situação nas nações menos desenvolvidas. Ele ressaltou que, em seu país, que não tem políticas efetivas de pre-

venção e controle das DNTs, a maioria dos serviços públicos de saúde conta com menos de 50% do pessoal necessário. Além disso, segundo ele, grande parte dos trabalhadores existentes foi formada antes da transição epidemiológica, que resultou num quadro misto de doenças transmissíveis e não transmissíveis. “Nesse cenário, é evidente que os trabalhadores de saúde têm pouco tempo e conhecimento para oferecer serviços preventivos para doenças não transmissíveis”, acrescentou.

O presidente do Conselho da GHWA e vice-ministro da Saúde Global no Japão, Masato Mugitani, discorreu sobre o impacto das DNTs na sociedade e a necessidade de uma força de trabalho qualificada. O governo japonês se comprometeu com a formação de 10 mil trabalhadores de saúde e de profissionais especializados em políticas para o setor. Mugitani disse acreditar que seja necessário garantir sistemas de saúde inovadores e sustentáveis que deem a devida importância à força de trabalho. Ele ressaltou, no entanto, que isso não é uma tarefa para ser realizada pela GHWA ou pelo governo de seu país isoladamente. Para ele, isso só será possível se forem mobilizados todos os recursos disponíveis na saúde global, incluindo doadores, governos, sociedade civil e o setor privado.

Durante o evento, foi destacada a necessidade da união de diferentes setores da sociedade e de políticas governamentais eficientes, além da importância da prevenção no nível primário e de uma força de trabalho competente. O ministro da Saúde da Índia, Shri Keshav Desiraju, enfatizou: “Não é que não tenhamos o número necessário de profissionais de saúde bem preparados, o que ocorre é que não temos esses profissionais bem preparados nas especialidades e nem nos lugares que queremos. Uma grande mensagem que veio da reunião de cúpula sobre as doenças não transmissíveis é que a prevenção dessas doenças é feita melhor no nível primário. O tratamento pode ser no segundo e terceiro níveis, mas a prevenção é uma atividade de nível primário.”

O diretor-executivo da GHWA, Mubashar Sheik, encerrou a sessão focando na necessidade de uma abordagem inclusiva. Segundo ele, a sociedade deve se unir para evitar a verticalização das DNTs. “Em nome da Aliança, vamos continuar pedindo aos políticos para se manterem comprometidos em garantir que tenhamos o tipo certo de trabalhadores de saúde e as competências certas, assim como os mecanismos corretos de apoio ao bom exercício profissional. As ferramentas certas para prestar cuidados de boa qualidade devem tornar-se disponíveis”, enfatizou. ■

Relatório do Desenvolvimento Humano 2011- Sustentabilidade e equidade: um futuro melhor para todos



A garantia do direito das gerações atuais e futuras a vidas saudáveis e gratificantes é o grande desafio do desenvolvimento do século 21. O Relatório do Desenvolvimento Humano de 2011 oferece novas e importantes contribuições para o diálogo global sobre esse desafio, mostrando como a sustentabilidade está indissociavelmente ligada à equidade, ou seja, a questões de imparcialidade e justiça social e de um maior acesso a melhor qualidade de vida.

Publicado pela Organização das Nações Unidas (ONU), o relatório destaca as ligações entre sustentabilidade e equidade, evidenciando de que forma o desenvolvimento humano pode se tornar mais sustentável e mais equitativo. Além disso, revela de que forma a degradação ambiental prejudica mais os grupos pobres e vulneráveis em relação aos outros.

Ao longo do documento, é apresentada uma agenda política capaz de corrigir esses desequilíbrios, concebendo uma estratégia de combate aos problemas ambientais atuais de uma forma que promova a equidade e o desenvolvimento humano.

O relatório está disponível em: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/download/pt>.

Relatório do Estado da População Mundial 2011 - As pessoas e possibilidades em um mundo de 7 bilhões

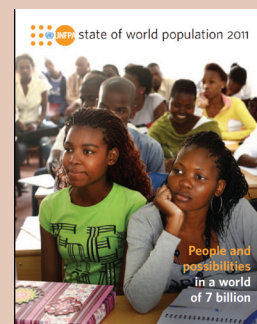
O mundo chega a sete bilhões de habitantes, num feito marcado por conquistas, retrocessos e paradoxos. Mostrar alguns desses paradoxos, a partir da perspectiva dos indivíduos e descrever os obstáculos que eles enfrentam – e vencem – na tentativa de construir uma vida melhor para si mesmos, suas famílias, comunidades e nações, é o objetivo do relatório do Estado da População Mundial 2011, publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas (Unfpa).

De acordo com o relatório, cujo tema é ‘As pessoas e possibilidades em um mundo de sete bilhões’, apesar dos problemas, o tamanho sem precedentes da população pode ser considerado um êxito para a humanidade, pois significa que as pessoas estão vivendo mais e, em todo mundo, mais crianças estão sobrevivendo.

Para a Unfpa, há muito a comemorar nas tendências da população mundial nos últimos 60 anos. Entre outras coisas, a expectativa de vida média saltou de cerca de 48 anos no início dos anos 1950 para cerca de 68 anos na primeira década do novo século; as mortes infantis caíram de cerca de 133 por mil nascimentos nos anos 50 para 46 por mil no período de 2005 a 2010, e as campanhas de vacinação reduziram a prevalência de doenças da infância em todo o mundo.

O Estado da População Mundial 2011 é principalmente um relatório, onde demógrafos, políticos, governos, sociedades civis e indivíduos abordam diversas tendências demográficas que vão do envelhecimento ao aumento da quantidade de jovens, das altas taxas de crescimento demográfico à redução das populações e das altas taxas de urbanização aos aumentos das migrações internacionais. No caso dos relatos, são apresentados casos da China, Egito, Etiópia, Finlândia, Índia, México, Moçambique, Nigéria e da Antiga República Iugoslava da Macedônia.

O relatório, publicado em espanhol, inglês, francês, russo e árabe, está disponível no site da Unfpa (<http://unfpa.org/swp>).



Conferência Mundial destaca a importância das políticas de combate às desigualdades em saúde

Júlia Neves

Cerca de mil participantes e delegações oficiais de 125 países-membro da Organização Mundial da Saúde (OMS) fizeram da Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS), realizada no Rio de Janeiro dos dias 19 ao 21 de outubro, um dos maiores eventos de saúde global desde a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em 1978, em Alma-Ata.

O objetivo do evento, cujo lema foi ‘Todos pela Equidade’, foi promover a discussão de estratégias, metodologias e experiências que orientem a elaboração e a implantação de políticas de combate às desigualdades na saúde, por meio da ação sobre seus determinantes sociais.

A programação, que incluiu mesas-redondas, sessões plenárias e vários eventos paralelos, foi dividida em cinco eixos temáticos: ‘Governança para enfrentar as causas das iniquidades em saúde: implementando ações sobre os determinantes sociais da saúde’, ‘Promovendo a participação: liderança comunitária para ação sobre os determinantes sociais da saúde’, ‘O papel do setor Saúde, incluindo os programas de saúde pública, na redução das iniquidades em saúde’, ‘Ação global sobre os determinantes sociais da saúde: alinhando prioridades e parceiros’ e ‘Monitorando o progresso: mediação e análise para apoiar políticas sobre os determinantes sociais da saúde’. Os temas seguiram as diretrizes do documento de discussão, elaborado a partir de amplas análises sobre o quadro mundial de Determinantes Sociais.



Conferência reitera a intersetorialidade como solução para os problemas de saúde

A mesa de abertura da conferência contou com a presença do vice-presidente brasileiro, Michel Temer, representando a Presidência da República, da diretora geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Margaret Chan, e de diversas autoridades de governo e da área da saúde.

Em seu discurso, o ministro da Saúde do Brasil, Alexandre Padilha, ressaltou a importância do evento e do papel do Brasil na sua organização. De acordo com o ministro, o Brasil tem implantado políticas públicas eficazes no combate a doenças não transmissíveis, o que confirma o compromisso do país em desenvolver ações sobre os DSS. Ele também destacou a importância do Sistema Único de Saúde (SUS), lembrando que, apesar das crises enfrentadas ao longo da história, o Brasil não abdicou do projeto de um sistema de saúde público e universal. O ministro encerrou sua fala afirmando que a conferência seria considerada um marco para a história da saúde. “Estamos juntos pela equidade em prol da saúde universal e acesso de boa qualidade para todos”, acrescentou.

Margaret Chan, por sua vez, ressaltou a importância de se promover uma estratégia global para a ação sobre os DSS e o combate às iniquidades associadas a eles. “Esse é um desafio que não diz respeito somente aos ministros da Saúde. É uma responsabilidade que recai sobre todos os governos, em seus níveis mais altos, e sobre toda a sociedade”, disse. Depois de chamar atenção sobre os enormes gastos que as doenças crônicas podem representar para os governos – “As doenças crônicas, por exemplo, têm um grande impacto na sociedade e na economia dos países. Nos próximos 20

anos, essas doenças custarão 30 trilhões de dólares, cerca de 48% do PIB global” –, ela lembrou que essas doenças, normalmente associadas aos hábitos e comportamentos das pessoas, também estão diretamente relacionadas aos DSS.

A diretora geral da OMS participou ainda do principal evento do primeiro dia da Conferência – a mesa-redonda ‘Determinantes Sociais da Saúde e Desenvolvimento’ – juntamente com o diretor executivo do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaids), Michel Sibidé; a secretária da Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, Kathleen Sebelius; a ministra de Desenvolvimento Social e Combate à Fome no Brasil, Tereza Campello; a administradora do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), Rebeca Grynspan; e o ministro de Saúde

e Solidariedade Social da Grécia, Andre-as Loverdos. A mesa, coordenada pela jornalista da BBC World, Zeinab Badawi abordou entre outros assuntos, a importância da colaboração intersetorial e boa governança. “Os EUA compartilham a crença de que trabalhar junto sempre é o melhor. Saúde não é só no consultório médico, é onde comemos, respiramos, trabalhamos e nos mexemos”, destacou Kathleen Sebelius.

As questões da intersetorialidade e da boa governança voltaram à pauta na mesa-redonda ‘Governança para enfrentar as causas das iniquidades em Saúde: tornando as políticas coerentes em nível nacional’. Coordenada pelo ministro de Saúde Pública do Uruguai e presidente pro tempore da Unasul-Saúde, Jorge Enrique Venegas, que ressaltou a oportunidade que a Conferência poderia representar para a troca de experiências sobre governança. Durante o debate, os integrantes da mesa – os ministros da Saúde da Eslovênia, Dorijan Marusic, e do Peru, Alberto Tejada Noriega; o vice-ministro da Saúde de Gana, Robert Joseph Mettle-Nunoo; a ministra da Saúde e Serviços de Cuidados da Noruega, Anne-Grete Strom-Erichsen; e o professor da Massey University, da Nova Zelândia, Don Matheson – reiteraram a necessidade de a saúde ser encarada como uma das prioridades dos governos e a importância do trabalho intersetorial para a redução das iniquidades.

Declaração do Rio: países se comprometem com a redução das desigualdades sociais

O último dia do evento foi marcado pela assinatura da ‘Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais de Saúde’ (ver página 10), um documento cuja importância vem sendo comparada à da Declaração de Alma-Ata. Durante a cerimônia de encerramento da Conferência, a diretora de Inovação, Informação, Evidência e Pesquisa da OMS, Marie Paule Kieny, assumiu, em nome da OMS o compromisso de dar assistência aos países para que eles possam implementar políticas de DSS.

Para o diretor do Departamento de Ética, Equidade, Comércio e Direitos Humanos da OMS, Rüdiger Krech, a

Conferência teve muito êxito ao destacar experiências de como ações sobre os determinantes sociais podem ser implementadas, mas seu grande mérito foi fazer com que governos, sociedade civil, agências das Nações Unidas e membros da Academia assumissem o compromisso conjunto de desenvolverem uma ação significativa para a redução das iniquidades em saúde. “A assinatura da Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde por tantos países é um marco significativo na luta contra as desigualdades na saúde”, afirmou Krech em mensagem recebida pelos membros da lista ‘Equidade, saúde e desenvolvimento humano’ (Opas/OMS). Segundo ele, cabe a cada pessoa lutar para que a Declaração do Rio se transforme em ação e que a ideia de mundo com equidade em saúde deixe de ser meramente um sonho utópico para virar realidade.

Paradigma dos DSS implica mudanças na formação dos trabalhadores da saúde

Sem abordar diretamente a educação dos técnicos em saúde, o painel organizado pela Comissão para a Educação de Profissionais de Saúde para o Século 21 mostrou que é preciso promover grandes mudanças na formação da força de trabalho da saúde para que seja possível enfrentar as novas questões que surgem no contexto mundial.

No painel, Sabina Rashid, da Escola de Saúde Pública James Grant, da Universidade BRAC, em Bangladesh, afirmou que o principal desafio global para a educação dos profissionais de Saúde Pública é tornar o processo mais significativo e relevante para o cenário atual e mais voltado para as necessidades reais das comunidades nas quais esses profissionais atuarão. Segundo ela, em Bangladesh, os currículos ainda não refletem preocupação com a comunidade e nem com sua realidade social, econômica, cultural e demográfica. Outro problema destacado por Sabina foi a expansão desmedida das instituições privadas de ensino que ocorre sem nenhuma regulação e sem a existência de mecanismos capazes de aferir a qualidade das novas escolas. A boa notícia, segundo ela é que algumas universidades já estão se reunindo para refletir

sobre as mudanças a serem realizadas.

No segundo painel, a chilena Jeanette Vega, da Faculdade de Medicina da Universidad del Desarrollo apresentou uma proposta de redesenho dos cursos de graduação em Saúde Pública no país com uso das tecnologias de informação e comunicação. A ideia, segundo ela, é gerar um consenso sobre o conteúdo acadêmico e as metodologias que permitam a formação de médicos que incorporem a Saúde Pública na sua atuação profissional cotidiana.

A necessidade de se criar um contato maior entre estudantes de medicina e a comunidade foi consenso entre os presentes. Um estudante chileno, citou os resultados de uma pesquisa realizada em sua faculdade para mostrar que há algo de errado na formação de profissionais de saúde. “Numa pesquisa feita com estudantes do primeiro ano de medicina, 70% responderam que seu objetivo, depois de formados, era ajudar as pessoas. Quando a mesma pergunta foi feita com estudantes do último período, esse percentual caiu para 10%”, contou, perguntando logo em seguir: “O que será que acontece para que nossos valores mudem tanto em sete anos de curso?”.

Uma médica, também do Chile, contou ter feito uma pesquisa semelhante há 30 anos, obtendo os mesmos resultados. “Nossa educação é assim. As pessoas chegam querendo ajudar e saem querendo ganhar dinheiro. Temos que mudar esse jeito de formar, mas existe uma resistência muito grande à mudança. Precisamos de uma comissão global que defenda essas mudanças e faça pressão por elas”, disse.

“Mostrar que formamos valores melhores quando trabalhamos com outra abordagem também pode ser uma evidência para estimular as mudanças”, sugeriu um estudante escocês. Ele acredita que se pesquisas como essas fossem feitas em escolas progressivas que já estejam mudando seus currículos e, nelas, os resultados fossem diferentes, esses resultados poderiam servir para enfatizar a necessidade de mudanças. ■

Leia mais sobre a Conferência e sobre DSS no site da RETS (www.rets.epsjv.fiocruz.br), em: ‘Biblioteca’ > ‘Temas de interesse’ > ‘Determinantes Sociais da Saúde’

Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde

Rio de Janeiro, Brasil, 21 de Outubro de 2011

1. Convidados pela Organização Mundial da Saúde, nós, Chefes de Governo, Ministros e representantes de governo nos reunimos no dia 21 de outubro de 2011 no Rio de Janeiro para expressar nossa determinação em promover a equidade social e em saúde através de ações sobre os determinantes sociais da saúde e do bem-estar implementadas por meio de uma ampla abordagem intersetorial.

2. Compreendemos que a equidade em saúde é uma responsabilidade compartilhada e que demanda o engajamento de todos os setores governamentais, de todos os segmentos da sociedade e de todos os membros da comunidade internacional em uma ação global “todos pela equidade” e “saúde para todos”.

3. Sublinhamos os princípios e disposições contidos na Constituição da Organização Mundial da Saúde; na Declaração de Alma Ata, de 1978; na Carta de Ottawa, de 1986; e na série de conferências internacionais sobre promoção da saúde, que reafirmaram o valor essencial da equidade em saúde e reconheceram que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, credo político e condição econômica ou social”. Reconhecemos que os governos têm a responsabilidade pela saúde de seus povos, o que somente pode ser conquistado por meio da promoção de medidas adequadas nos campos social e da saúde, e que os esforços nacionais precisam ser apoiados por um ambiente internacional favorável.

4. Reafirmamos que as desigualdades dentro dos países e entre eles são política, econômica e socialmente inaceitáveis — além de injustas e, em grande parte, evitáveis — e que a promoção da equidade em saúde é fundamental ao desenvolvimento sustentável e a uma melhor qualidade de vida e bem-estar para todos, o que, por sua vez, contribui para a paz e a segurança.

5. Reiteramos nossa determinação de agir sobre os determinantes sociais da saúde de forma coletiva — tal como acordado na Assembléia Mundial da Saúde, que se refletiu na resolução WHA62.14 (“Reduzindo as desigualdades de saúde através de ações sobre os determinantes sociais da saúde”), que, por sua vez, toca nas três recomendações gerais da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde: melhorar as condições de vida; combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções.

6. As iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais são chamadas de determinantes sociais da saúde. Entre elas estão as experiências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego e trabalho decente, habitação e meio-ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças. Estamos convencidos de que intervenções sobre esses determinantes — para aos grupos vulneráveis e a população como um todo — são essenciais para que as sociedades sejam inclusivas, equitativas, economicamente produtivas e saudáveis. Colocar a saúde e o bem-estar como resultantes principais do que constitui uma sociedade bem sucedida, inclusiva e justa no século XXI é consistente com o nosso compromisso em relação aos direitos humanos nos níveis nacional e internacional.

7. Para que haja saúde é necessário que o sistema de saúde seja universal, abrangente, equitativo, efetivo, ágil, acessível e de boa qualidade. Contudo, ela também depende do envolvimento e do diálogo com outros setores e atores, visto que o desempenho dos mesmos gera impactos significativos sobre a saúde. Ações políticas coordenadas e intersetoriais são comprovadamente efetivas. Abordagens do tipo Saúde em Todas as Políticas, conjuntamente à cooperação e ações intersetoriais, são ferramentas promissoras para ampliar a responsabilização de outros setores em relação à saúde, além de promover a equidade em saúde e o desenvolvimento de sociedades mais inclusivas e produtivas. Enquanto metas coletivas, a saúde e o bem-estar para todos deveriam estar

entre as mais altas prioridades nos níveis local, nacional, regional e internacional.

8. Reconhecemos que precisamos avançar mais rápido no tratamento da questão da distribuição desigual de recursos na área da saúde, assim como de condições que prejudicam a saúde, em todos os níveis. Com base nas experiências compartilhadas nesta Conferência, expressamos a vontade política de fazer da equidade em saúde uma meta nacional, regional e global, além de enfrentar desafios atuais, como erradicar a fome e a pobreza; assegurar a segurança alimentar e nutricional; promover o acesso a água potável, saneamento, emprego, trabalho decente e esquemas de seguridade social; proteger o meio-ambiente; e gerar crescimento econômico equitativo através de ações resolutivas sobre os determinantes sociais da saúde em todos os setores e em todos os níveis. Também estamos cientes de que, abordando os determinantes sociais, podemos contribuir para o cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio.

9. A atual crise econômica e financeira global demanda a adoção urgente de medidas para reduzir as crescentes iniquidades em saúde e para prevenir a piora nas condições de vida e a deterioração de sistemas universais de saúde e de seguridade social.

10. Estamos cientes de que é preciso implementar ações sobre os determinantes sociais da saúde tanto no interior dos países quanto em nível global. Enfatizamos que aumentar a capacidade de atores globais, por meio de melhorias na governança global, da promoção da cooperação e do desenvolvimento internacionais e do aumento da participação no processo de formulação e monitoramento de políticas é contribuição essencial para ações nacionais e locais sobre os determinantes sociais da saúde. A ação sobre os determinantes sociais da saúde deve ser adaptada aos contextos nacionais e sub-nacionais de cada país e região para que sejam levados em consideração os diferentes sistemas sociais, culturais e econômicos. Evidências resultantes de pesquisas e experiências, contudo, têm

mostrado características comuns nas políticas e ações sobre os determinantes sociais da saúde bem sucedidas. Cinco áreas são críticas em ações sobre as iniquidades em saúde: (i) adotar uma melhor governança no campo da saúde e do desenvolvimento; (ii) promover a participação na formulação e na implementação de políticas; (iii) orientar ainda mais o setor saúde para a redução das iniquidades em saúde; (iv) fortalecer a governança e a colaboração globais; e (v) monitorar os avanços e ampliar a responsabilização / prestação de contas. Agir sobre os determinantes sociais da saúde, portanto, significa que nós, representantes dos Governos, vamos realizar esforços, individual e coletivamente, para desenvolver e apoiar políticas, estratégias, programas e planos de ação que visem enfrentar os determinantes sociais da saúde, com o apoio da comunidade internacional, que incluem:

11. Adotar uma melhor governança no campo da saúde e do desenvolvimento

11.1. Cientes de que a governança necessária para a implementação de ações sobre os determinantes sociais inclui processos decisórios que dão voz a todos os grupos e setores envolvidos e formula políticas efetivas que alcancem objetivos claros e mensuráveis, aumentem a responsabilização / prestação de contas e, principalmente, sejam justas tanto no processo de desenvolvimento das políticas quanto em seus resultados;

11.2. Comprometemo-nos a:

- (i)** Trabalhar transversalmente aos diferentes setores e níveis de governo, incluindo, quando conveniente, estratégias de desenvolvimento nacional, levando em consideração a contribuição dos mesmos para a saúde e para a equidade em saúde, e reconhecendo o protagonismo dos Ministérios da Saúde na defesa desse modelo;
- (ii)** Formular políticas inclusivas e levar em conta as necessidades da população como um todo, mas especialmente de grupos vulneráveis e de áreas de risco;
- (iii)** Apoiar programas abrangentes de pesquisa e inquéritos que fornecerão informações à formulação de políticas e à implementação de ações;
- (iv)** Promover a reflexão, a conscientização e a crescente responsabilização dos formuladores de políticas quanto aos impactos de todas as políticas sobre a saúde;

(v) Desenvolver abordagens, incluindo parcerias efetivas, para engajar outros setores na identificação de papéis específicos e comuns na melhoria da saúde e na redução das iniquidades de saúde;

(vi) Apoiar todos os setores no desenvolvimento de ferramentas e de capacidade para atuar sobre os determinantes sociais da saúde nos níveis nacional e internacional;

(vii) Estimular a colaboração com o setor privado, protegendo-se contra conflitos de interesse, no intuito de que o mesmo contribua para a melhoria da saúde por meio de políticas e ações sobre os determinantes sociais da saúde;

(viii) Implementar a resolução WHA62.14, que leva em consideração as recomendações do relatório final da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde;

(ix) Fortalecer a segurança e a proteção na saúde ocupacional, assim como a sua fiscalização, além de estimular os setores público e privado a oferecer condições de trabalho saudáveis, contribuindo assim para a promoção da saúde de todos;

(x) Promover e fortalecer o acesso universal aos serviços sociais e aos pisos de proteção social;

(xi) Dar atenção especial a questões de gênero, assim como ao desenvolvimento na primeira infância, em políticas públicas e nos serviços sociais e de saúde;

(xii) Promover o acesso a medicamentos financeiramente acessíveis, seguros, eficazes e de alta qualidade, inclusive através da implementação completa da Estratégia Global da OMS e do Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual;

(xiii) Fortalecer a cooperação internacional com o objetivo de promover a equidade em saúde em todos os países através da transferência (em termos acordados mutuamente) de *expertise*, tecnologia e dados científicos no campo dos determinantes sociais da saúde, além do intercâmbio de boas práticas para a gestão do desenvolvimento de políticas intersetoriais.

12. Promover a participação na formulação e implementação de políticas

12.1. Cientes da importância do processo participativo na formulação e implementação para uma governança eficiente no que tange a implementação de ações sobre os determinantes sociais da saúde;

12.2. Comprometemo-nos a:

(i) Promover e ampliar, no campo da saúde e na governança em saúde, processos decisórios, de implementação e de prestação de contas transparentes e inclusivos em todos os níveis, inclusive por meio da expansão do acesso à informação, à justiça e à participação social;

(ii) Conferir autonomia às comunidades e ampliar a contribuição da sociedade civil na formulação e implementação de políticas através da adoção de medidas que permitam sua efetiva participação no processo decisório em prol do interesse público;

(iii) Promover esquemas de governança transparentes e inclusivos, que incluam precocemente os setores envolvidos de todos os níveis de governo, assim como apoiem a participação sociedade e incluam a sociedade civil e o setor privado, com a devida proteção contra os conflitos de interesse;

(iv) No espírito da Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, considerar não só os determinantes sociais específicos que geram iniquidades de saúde para os povos indígenas, como também suas necessidades específicas, além de colaborar de forma séria com esses povos para o desenvolvimento e implementação de políticas e programas relacionados;

(v) Considerar as contribuições e a capacidade da sociedade civil para a promoção do tema, a mobilização social e a implementação de medidas referentes aos determinantes sociais da saúde;

(vi) Promover a equidade em saúde em todos os países, especialmente por meio do intercâmbio de boas práticas em relação à expansão da participação no processo de formulação e implementação de políticas;

(vii) Promover a plena participação de países desenvolvidos e em desenvolvimento na formulação e implementação de políticas e medidas para abordar os determinantes sociais da saúde em nível internacional.

13. Orientar ainda mais o setor saúde para a redução das iniquidades em saúde

13.1. Cientes de que a acessibilidade, disponibilidade, aceitabilidade e a qualidade de serviços de atenção à saúde e de saúde pública são essenciais para alcançar o melhor padrão de saúde possível – um dos direitos fundamentais de todos os seres humanos – e que o setor saúde deveria agir firmemente para a redução das iniquidades em saúde;

13.2. Comprometemo-nos a:

- (i) Manter e desenvolver políticas de saúde pública efetivas para abordar os determinantes sociais, econômicos, ambientais e comportamentais da saúde, com um foco especial na redução das iniquidades em saúde;
- (ii) Fortalecer os sistemas de saúde para que ofereçam cobertura universal e equitativa e promovam o acesso a serviços integrais e de qualidade em promoção da saúde, prevenção e assistência e reabilitação aos enfermos em todo o ciclo de vida, especialmente por meio da atenção primária à saúde abrangente e integrada;
- (iii) Construir, fortalecer e manter a capacidade em saúde pública, incluindo sua capacidade para a ação intersectorial sobre os determinantes sociais da saúde;
- (iv) Construir, fortalecer e manter o financiamento da saúde e de sistemas de partilha de riscos, que evitem que as pessoas empobreçam quando necessitarem de atenção médica.
- (v) Promover mecanismos que ofereçam apoio e fortaleçam as iniciativas da comunidade em relação ao financiamento da saúde e sistemas de partilha de riscos;
- (vi) Promover mudanças no setor saúde, conforme o caso, para promover capacidades e desenvolver ferramentas de redução das iniquidades de saúde, inclusive através de ações colaborativas;
- (vii) Colocar a equidade como prioridade dos sistemas de saúde, assim como integrá-la ao desenho e a oferta de serviços de saúde e de programas de saúde pública;
- (viii) Aproximar e trabalhar transversalmente com e no interior de todos os níveis e setores do governo, promovendo mecanismos de diálogo, resolução de problemas e análises de impacto sobre a saúde com o foco na equidade para identificar e promover políticas, programas, práticas e medidas legislativas que possam ser instrumentais para o cumprimento da meta determinada por essa Declaração Política, além de adaptar ou reformar as mesmas, quando forem prejudiciais à saúde ou à equidade em saúde;
- (ix) Promover o intercâmbio de boas práticas e de experiências bem-sucedidas relativas a políticas, estratégias e medidas para orientar o setor saúde a reduzir iniquidades em saúde.

14. Fortalecer a governança e a colaboração globais

14.1. Cientes da importância da cooperação e solidariedade internacionais para o benefício equitativo de todas as pessoas e do importante papel de organizações multilaterais na articulação de normas e diretrizes, na identificação de boas práticas que apoiem ações sobre os determinantes sociais e na facilitação ao acesso a recursos financeiros e cooperação técnica, assim como na revisão e, conforme o caso, na alteração estratégica de políticas e práticas que geram impactos negativos sobre a saúde e o bem-estar das pessoas;

14.2. Comprometemo-nos a:

- (i) Adotar abordagens políticas coerentes baseadas no direito ao gozo do melhor nível de saúde possível, levando em consideração o direito ao desenvolvimento mencionado, entre outros, na Declaração e Programa de Ação de Viena de 1993, o que reforçará o foco nos determinantes sociais da saúde e ajudará no cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio;
- (ii) Apoiar os pisos de proteção social definidos pelos países para atender às suas necessidades específicas, assim como ao trabalho contínuo de proteção social realizado pelo sistema das Nações Unidas, incluindo o trabalho da Organização Internacional do Trabalho;
- (iii) Apoiar os governos nacionais, organizações internacionais, entidades não governamentais e outras em ações sobre os determinantes sociais da saúde, assegurando que esforços destinados a fazer avançar as metas de desenvolvimento e a ampliar a equidade em saúde apoiem-se mutuamente;

(iv) Acelerar a implementação, por parte dos Estados signatários da Convenção Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (FCTC), reconhecendo que o rol de medidas inclui reduzir consumo e disponibilidade e estimular os países que ainda não o fizeram a aderir ao FCTC, visto reconhecermos que reduzir substancialmente o consumo de tabaco contribuirá de forma importante com o trabalho sobre os determinantes sociais da saúde e vice-versa;

(v) Fazer avançar as ações estabelecidas na declaração política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle de Doenças Não-Transmissíveis nos níveis local, nacional e internacional — assegurando o foco na redução das desigualdades em saúde;

(vi) Apoiar o papel de liderança da Organização Mundial da Saúde na governança global da saúde e na promoção do alinhamento de políticas, planos e atividades realizadas sobre os determinantes sociais da saúde com outras agências das Nações Unidas, bancos de desenvolvimento e outras organizações internacionais, incluindo em ações coordenadas de *advocacy* e facilitação do acesso à assistência financeira e técnica para países e regiões;

(vii) Apoiar os esforços dos governos para promover a capacidade e estabelecer incentivos para o desenvolvimento de uma força de trabalho sustentável no campo da saúde e em outras campos, especialmente nas áreas mais necessitadas;

(viii) Desenvolver a capacidade de governos nacionais para a implementação de ações sobre os determinantes sociais da saúde facilitando a acumulação de conhecimentos e o acesso a recursos por meio do apoio das agências das Nações Unidas mais adequadas, especialmente a Organização Mundial da Saúde;

(ix) Estimular a cooperação Norte-Sul e Sul-Sul, demonstrando iniciativas, desenvolvendo capacidades e facilitando a transferência de tecnologia em termos acordados mutuamente para a realização de ações integradas sobre as iniquidades em saúde, em conformidade com as prioridades e necessidades dos países, inclusive em relação aos serviços de saúde e a produção de medicamentos, conforme o caso.

15. Monitorar os avanços e aumentar a responsabilização / prestação de contas

15.1. Cientes de que o monitoramento de tendências relativas às iniquidades em saúde e aos impactos de ações destinadas ao seu combate é fundamental para que avanços significativos sejam obtidos; que os sistemas de informação devem facilitar o estabelecimento de relações entre as condições de saúde e variáveis ligadas à estratificação social; e que mecanismos de cobrança de responsabilidade que guiem a formulação de políticas em todos os setores são essenciais, levando em consideração os diferentes contextos nacionais;

15.2. Comprometemo-nos a:

(i) Criar, fortalecer e manter sistemas de monitoramento que forneçam dados desagregados que permitam avaliar iniquidades em saúde e na distribuição e uso de recursos;

(ii) Desenvolver e implementar medidas de bem-estar social robustas, baseadas em evidências e confiáveis, desenvolvendo-as, quando possível, a partir de índices, padrões e programas pré-existentes que atinjam todo o gradiente social e que vão além do crescimento econômico;

(iii) Promover projetos de pesquisa sobre as relações entre os determinantes sociais da saúde e os resultados na equidade em saúde, com foco especial na avaliação da efetividade das intervenções;

(iv) Compartilhar, de forma sistemática, evidências e tendências relevantes com diferentes setores, para subsidiar políticas e ações;

(v) Ampliar o acesso aos resultados do monitoramento e da pesquisa para todos os setores da sociedade;

(vi) Avaliar o impacto de políticas sobre a saúde e outras metas sociais, e levá-lo em consideração na formulação de políticas;

(vii) Utilizar mecanismos intersetoriais como a abordagem Saúde em Todas as Políticas para combater as iniquidades e agir sobre os determinantes sociais da saúde, ampliar o acesso a justiça e assegurar a responsabilização / prestação de contas, medidas que devem ser monitoradas;

(viii) Apoiar o papel de liderança da Organização Mundial da Saúde em sua colaboração com outras agências das

Nações Unidas para o fortalecimento do monitoramento de avanços no campo dos determinantes sociais da saúde e no apoio e orientação aos Estados Membros na implementação de uma abordagem do tipo Saúde em Todas as Políticas para combater as iniquidades em saúde;

(ix) Apoiar a Organização Mundial da Saúde no que tange o acompanhamento das recomendações da Comissão sobre Informação e Responsabilidade em Saúde da Mulher e da Criança;

(x) Promover sistemas de monitoramento apropriados, que levem em consideração o papel de todas as partes interessadas relevantes – tal como a sociedade civil, organizações não governamentais, assim como o setor privado, protegendo-se de conflitos de interesses – no processo de monitoramento e avaliação;

(xii) Promover a equidade em saúde tanto no interior dos países quanto entre os países, monitorando avanços em nível internacional e aumentando a responsabilidade coletiva no campo dos determinantes sociais da saúde, especialmente por meio do intercâmbio de boas práticas nesse campo;

(xiii) Melhorar o acesso universal e a utilização de tecnologias da informação e inovações inclusivas referentes aos principais determinantes sociais da saúde.

16. Chamado para a ação global

16.1. Nós, Chefes de Governo, Ministros e representantes dos governos, reafirmamos solenemente nossa determinação em agir sobre os determinantes sociais da saúde para gerar sociedades vibrantes, inclusivas, equitativas, economicamente produtivas e saudáveis e para superar os desafios nacionais, regionais e globais colocados ao desenvolvimento sustentável. Oferecemos nosso sólido apoio a esses objetivos comuns e nossa determinação de cumpri-los.

16.2. Apelamos à Organização Mundial da Saúde, às agências das Nações Unidas e outras organizações que promovam, coordenem e colaborem conosco na implementação destas ações. Reconhecemos que ações globais sobre os determinantes sociais demandarão um aumento de capacidade e do conhecimento da Organização Mundial da Saúde e de outras organizações multilaterais para o desenvolvimento e compartilhamento de normas, padrões e boas práticas. Nossos valores e responsabilidades comuns em relação à humanidade leva-nos a comprometermo-nos com a implementação de ações sobre os determinantes sociais da saúde. Acreditamos firmemente que fazê-lo não só é imperativo tanto em termos morais quanto em relação aos direitos humanos, quanto é indispensável na promoção do bem-estar, da paz, da prosperidade e do desenvolvimento sustentável. Apelamos à comunidade internacional que apóiem os países em desenvolvimento na implementação destas ações, promovendo o intercâmbio de boas práticas, oferecendo cooperação técnica e facilitando o acesso a recursos financeiros, tudo isso enquanto reafirmam os termos da Declaração do Milênio das Nações Unidas e o Consenso de Monterrey da Conferência Internacional sobre Financiamento e Desenvolvimento.

16.3 Clamamos aos países desenvolvidos que se comprometeram a alcançar, em torno de 2015, 0,7% do PIB para assistência oficial para o desenvolvimento — assim como aos países desenvolvidos que ainda não aderiram a este propósito — que implementem esforços adicionais e concretos para que cumpram com o compromisso. Também apelamos aos países em desenvolvimento para que construam a partir do que já foi conquistado, assegurando que a assistência oficial para o desenvolvimento seja usada efetivamente para alcançar as metas e alvos de desenvolvimento.

16.4 Líderes mundiais se encontrarão em breve aqui no Rio de Janeiro para pensar como enfrentar os desafios do desenvolvimento sustentável estabelecidos há 20 anos. Essa Declaração Política reconhece a importância de políticas destinadas à promoção do desenvolvimento sustentável e ao combate das iniquidades de saúde através de ações sobre os determinantes sociais.

16.5 Recomendamos que uma abordagem ligada à questão dos determinantes sociais seja formalmente considerada na atual reforma da Organização Mundial da Saúde. Recomendamos também que a 65ª Assembleia Mundial da Saúde adote uma resolução apoiando esta Declaração Política.■

ESTeSL: VI Encontro Nacional das Ciências e Tecnologias da Saúde reúne estudantes, docentes e profissionais de Portugal

A Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL) realizou nos dias 20, 21 e 22 de outubro o VI Encontro Nacional das Ciências e Tecnologias da Saúde, que contou mais de 400 participantes inscritos.

Durante o evento, em diversos Painéis, Conferências, Sessões Simultâneas, Simpósios e Workshops, estudantes, docentes e profissionais das ciências e tecnologias da saúde de todo o país refletiram sobre os cinco temas centrais do encontro: Investigação, Inovação, Práticas, Cidadania e Internacionalização.

Na Sessão de Abertura do Encontro, realizada no final do primeiro dia de atividades, estiveram presentes o presidente da ESTeSL, João Lobato; o presidente da Comissão Científica do Encontro, David Tavares; e o presidente do VI Encontro, Pedro Rebelo. Coube a Luís Costa, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e do Instituto de Medicina Nuclear, proferir a Conferência Inaugural do evento, intitulada ‘Da

investigação à prática clínica’. Com muita clareza e simplicidade, o orador defendeu a importância da aproximação entre os projetos de investigação e as inovações terapêuticas na área oncológica, bem como a necessidade de um trabalho multidisciplinar e global nessa área de investigação.

Convidada pelos organizadores do Encontro, a coordenadora da RETS, Anamaria Corbo, participou do Painel ‘O panorama internacional das ciências e tecnologias da saúde’, realizado no dia 22. Na sessão de encerramento do evento, foram entregues os prêmios de melhor comunicação livre oral e de melhor pôster e prestadas homenagens pelos 30 Anos da ESTeSL.

Já está prevista, para outubro de 2014 a realização do VII Encontro.



Esta matéria é um resumo do material publicado na página eletrônica da ESTeSL. Saiba mais sobre o VI Encontro Nacional das Ciências e Tecnologias da Saúde e veja as fotos do evento em: <http://www.estesl.ipl.pt/default.aspx?Page=2560>.

INS lança Revista de Saúde Pública do Paraguai

No dia 31 de outubro, com a presença ministra da Saúde, Esperanza Martínez; do representante da Opas-Paraguai, Rubén Figueroa; do responsável pela Direção Nacional Estratégica de Recursos Humanos em Saúde (DNERHS), José Marín Massolo; do diretor do Instituto Nacional de Saúde (INS), Raúl Gulino Canese; e de outras autoridades, foi lançada oficialmente a Revista de Saúde Pública do Paraguai (Revista de Salud Pública del Paraguay), órgão de difusão oficial do Instituto.

A publicação foi criada com objetivo de divulgar informações relacionadas ao campo da Saúde Pública, estando aberta a todos os trabalhos científicos produzidos nas diferentes disciplinas relacionadas à área, como a medicina, as ciências de saúde, as ciências sociais, a educação, a economia e a gestão.

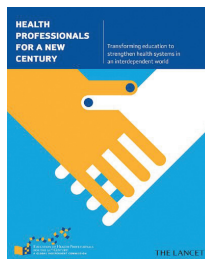


A ideia é que a Revista seja uma boa opção de leitura para os pesquisadores que atuam no campo da Saúde Pública e que confiam na qualidade teórica e metodológica do trabalho publicado. Com periodicidade quadrimestral, a Revista publicará artigos originais, artigos de revisão, comunicações rápidas, comunicações breves e relatos de caso. Além disso, apresentará uma seção de cartas ao editor e editoriais relacionados à Saúde Pública. A qualidade da publicação é garantida por um Comitê Editorial independente que supervisiona a excelência do material enviado por meio de uma revisão por pares exaustiva e rigorosa. Os artigos publicados são indexados ou resumidos pela Base de Dados de Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e pelo Scielo.

A versão eletrônica do primeiro número da revista está disponível no site do INS. O download do arquivo em PDF pode ser feito por meio da URL: <http://migre.me/65Vlu>

Educação dos Profissionais de Saúde para o Século 21: relatório em português e espanhol ampliam reflexões sobre o tema

Em sua nona edição (março/2011), a Revista RETS publicou uma grande matéria a respeito de um relatório sobre a formação dos profissionais de saúde publicado na Revista Lancet, Volume 376. A ideia foi divulgar as propostas apresentadas no artigo 'Health professional for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world' pela Comissão Independente responsável pelo estudo, a fim de estimular as discussões sobre elas. Com o mesmo objetivo, a RETS se propôs a cooperar na tradução do texto, publicado originalmente em inglês, para o português.



Desde o início de novembro, embora o processo de finalização da edição em português ainda esteja em andamento, já está disponível, na seção 'Translations' do site da Comissão (<http://www.healthprofessionals21.org>), uma versão preliminar do documento.

Com essa iniciativa, o texto em português, elaborado no âmbito da RETS, com apoio da Comissão e colaboração de Marcia Castro, Professora Adjunta do Departamento de Saúde Global da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, se junta às versões em chinês, alemão e espanhol, que já estavam prontas.

Força de trabalho em Saúde: IHMT é designado Centro Colaborador da OMS



No dia 1º de novembro, o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT/UNL), dirigido pelo professor Gilles Dussault, foi designado pela Diretora Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Margaret Chan, como Centro Colaborador em 'Política e planeamento da força de trabalho em saúde'.

A designação é resultado de um intenso trabalho de cooperação entre o Instituto e o Departamento de Recursos Humanos para a Saúde da OMS que vem sendo desenvolvido há mais de cinco anos, em projetos de pesquisa, consultorias, treinamento de RHS e publicações na área.

Como Centro Colaborador, cabe ao IHMT contribuir com a OMS em análises e avaliações sobre a efetividade e a

eficiência econômica de políticas e práticas referentes à força de trabalho em saúde nos Países Africanos de Língua Portuguesa (Palop), no Timor Leste e na União Europeia, com ênfase no apoio à agenda de Cuidados de Saúde Primários. Além disso, o Instituto deve colaborar com os países em seus esforços para reforçar a capacidade e o desempenho de sua força de trabalho de saúde e com a OMS no desenvolvimento e implementação de políticas regionais e nacionais de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

Atualmente dois membros do IHMT integram o Conselho Editorial da revista eletrônica de Recursos Humanos para a Saúde (Journal Human Resources for Health). Os profissionais do Instituto também acumulam uma grande experiência de cooperação técnica com os Palop, com o Brasil e com outros países em desenvolvimento da África e da América Latina.

Novo membro da RETS: Associação Pan-Americana de Tecnólogos Médicos (APTAM)

Presidida atualmente pelo chileno Juan Carlos Araya, a Associação Pan-Americana de Tecnólogos Médicos (APTAM) é uma organização sem fins lucrativos que reúne profissionais das Tecnologias Médicas e instituições representativas dos países pan-americanos com o objetivo de gerar, estabelecer e estimular o cumprimento de objetivos comuns nos temas relacionados ao pleno e livre exercício das competências adquiridas durante sua formação acadêmica.

A APTM foi criada em Arica (Chile), em 1992, durante a I Jornada Pan-Americana convocada pelo Colégio de Tecnólogos Médicos do Chile, com a finalidade de ampliar a comunicação e a troca de experiências entre os países participantes, favorecendo também o intercâmbio profissional, a fim fortalecer a difusão de conhecimento nas diversas espe-



cialidades. Na V Jornada Pan-Americana, realizada em 2010, em Santiago (Chile), a APTM foi revitalizada, após alguns anos de inatividade.

Na mesma ocasião foi elaborada a 'Declaração de Santiago', um documento no qual estão registrados importantes acordos a respeito da identidade e da autonomia dos Tecnólogos Médicos e suas equivalentes denominações profissionais. A 'Declaração de Santiago' foi publicada na íntegra na Revista Chilena de Tecnología Médica 30 (2), 2010.

Em setembro deste ano, a VI Jornada foi organizada pelo Colégio de Licenciados en Producción de Biomágenes y Afines e realizada em Buenos Aires (Argentina). Leia mais sobre a APTM no site da RETS (<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>), em 'Membros'.

Oficina discute Sistemas de Informação de Recursos Humanos em Saúde

Não há mais dúvidas de que a força de trabalho é um elemento fundamental para a organização de um sistema de saúde que atenda as necessidades da população. Também é consenso de que o planejamento e a gestão dos recursos humanos na área da saúde é uma tarefa complexa e que depende, em grande medida, da disponibilidade de informações confiáveis sobre esses trabalhadores. O grande problema é que ainda há, em quase todos os países, muita dificuldade na criação e operação de sistemas de informação de recursos humanos em saúde que possam efetivamente subsidiar a tomada de decisões no setor, tornando-as cada vez mais eficazes e eficientes.

Para tentar melhorar esse quadro na Região das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil, realizaram, em Brasília, Brasil, de 4 a 6 de outubro, uma oficina, que reuniu especialistas da Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica e Peru, além de consultores de RHS da Opas/OMS. No evento, foram compartilhadas experiências e discutidas estratégias de cooperação regional. Também foi elaborada uma agenda de cooperação voltada para o fortalecimento dos sistemas nacionais de informação de RHS.

Fragmentação e falta de indicadores padronizados

No primeiro dia da oficina, Mario Roberto Dal Poz, do Departamento de Recursos Humanos para a Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou os desafios para o fortalecimento dos Sistemas de Informação de RHS. Segundo ele, todos reconhecem a importância da informação atualizada e oportuna, mas poucos estão dispostos a assumir os custos financeiros e políticos necessários à criação e operação de sistemas informativos de qualidade.

Outro grande problema identificado por Dal Poz é a fragmentação das fontes de dados e a falta de indicadores padronizados que permitam a comparação e o uso complementar desses dados. Nesse sentido, de acordo com o palestrante, a OMS propõe alguns acordos básicos para a abordagem do tema, dentre os quais: consenso sobre o que medir, com base num mapa conceitual comum e em indicadores básicos recomendados; promover o uso de múltiplas fontes de informação e melhores fontes sistemáticas; melhorar a comparabilidade da informação, avançando no uso integrado de classificadores internacionais; promover e fortalecer as estratégias e mecanismos de produção, análise, uso e difusão de informação, tais como os Observatórios de RHS; e estabelecer uma estratégia integral de fortalecimento dos sistemas que considere desde a identificação das informações necessárias até sua utilização na tomada de decisões.

SIRHS
HRHIS
SIRHUS

Diversidade de experiências nacionais estimula as discussões

Nos segundo e terceiro dias do evento foi apresentada uma visão global da informação em RHS nos cinco países participantes, com destaque para algumas experiências e iniciativas que vêm sendo implantadas com sucesso ou fortalecidas em cada um, tais como, a Sala de Situação de RHS, no Brasil, o Registro Público de Prestadores Individuais de Saúde, no

Chile, e o Observatório de RHS, no Peru.

As apresentações mostraram que o contexto da produção de informação tende a ampliar o trabalho colaborativo, a abertura e a integração entre as instituições, bem como a aumentar a presença do Estado, cujo papel é garantir a constituição de sistemas de informação que atendam as necessidades cotidianas, possam ser progressivamente desenvolvidos e estar em permanente evolução. Também ficou claro que o público usuário dessas informações é bastante diversificado, incluindo os gestores, os próprios trabalhadores da saúde e a população em geral, o que reafirma a necessidade de democratizar o acesso a essas informações e de torná-las cada vez mais transparentes.

Apesar dos visíveis avanços em diversos aspectos, ainda há, no entanto, muito trabalho a ser realizado para que os formuladores de políticas nacionais e gestores de RHS tenham à sua disposição informações oportunas, atualizadas e confiáveis sobre a força de trabalho em saúde.

Ao final do evento, entre outras coisas, foi proposta a publicação de um documento regional com resumo das principais discussões realizadas e com o relato detalhado e sistematizado das experiências nacionais. Também ficou definido que os participantes da oficina, convidados a integrar o Grupo de Discussão de Sistemas de Informação da OMS, passem a compor um grupo de referência sobre o tema, bem como que as conclusões e recomendações resultantes da oficina sejam adotadas pela área de RHS da Opas em suas atividades de cooperação técnica com os países da América Latina e do Caribe.

No âmbito dos países, a ideia é compor equipes que trabalhem na definição de um conjunto de indicadores por dimensão e de sua forma de monitoramento. Também foi sugerido todos do grupo buscassem analisar o documento 'Nueva gobernanza global como insumo', que contextualiza a definição e a orientação dos sistemas de informação. ■

Esta matéria foi elaborada a partir das mensagens enviada por Mónica Padilla para a lista da Rede ProRHUS (<http://www.observarh.org/prorhuh>). Todas as apresentações do evento e algumas leituras recomendadas estão disponíveis no site do Observatório Andino (<http://devserver.paho.org/obsertoriorh/drupal/index.php?q=node/235>) ou no site da RETS (<http://rets.epsvj.fiocruz.br>), em: 'Biblioteca' > 'Eventos' > 'Taller de Sistemas de Información de Recursos Humanos en Salud, Brasília 2011'.

ÁFRICA**Angola**

Escola Técnica Profissional de Saúde de Luanda
(+244) 222 357204

Escola Técnica Profissional de Saúde de Lubango
(+244) 537406

Instituto Médio de Saúde de Benguela
cfs-b@nexo.ao

Direção Nacional de Recursos Humanos - Ministério da Saúde
(+244) 924 215 344 / (244) 923 489 923

Cabo Verde

Universidade de Cabo Verde
(+238) 261 9904 / (+238) 261 2660

Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação - Ministério da Saúde
(+238) 261 0900 / (+238) 261 3620

Guiné Bissau

Escola Nacional de Saúde
(+245) 663 9880 / (+245) 587 8864

Direção de Recursos Humanos - Ministério da Saúde Pública
(+245) 722 3402 / (+245) 20 1188

Moçambique

Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário de Maputo - Ministério da Saúde
(+258) 21 247 0543

Direção Nacional de Recursos Humanos - Ministério da Saúde
(+258) 21 310429

São Tomé e Príncipe

Instituto de Ciências de Saúde Dr. Victor Sá Machado
(+239) 910536

AMÉRICAS**Argentina**

Escuela Superior de Salud Publica de la Provincia del Chaco
(+54) 3722 431951 - <http://portal1.chaco.gov.ar/pagina?id=371>

Instituto Superior de Tecnicaturas para la Salud - Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
(+54) 11 4807 3341 / (+54) 11 4807 0428

Dirección de Capacitación Profesional y Técnica e Investigación - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
(+54) 11 4807 3341

Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional - Ministerio de Salud de la Nación
(+54) 11 4379 9184 - <http://observatorio.msal.gov.ar>

Dirección de Capacitación de Técnicos para la Salud - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
(+54) 221 4838 858

Asociación Instrumentadores Bonaerenses
(+54) 221 421 6640 - <http://www.instrumentadores.org.ar>

Asociación Argentina de Técnicos en Medicina Nuclear (AATMN)
(+54) 11 4863 4449 - <http://www.aatmn.org.ar>

Revista TecnoSalud
(+54) 011 4794 8216 - <http://www.revistatecnosalud.com.ar>

Opas - Argentina
(+54) 11 4319 4242 - <http://new.paho.org/arg>

Bolivia

Escuela Nacional de Salud - La Paz
(+591) 2 244 4225

Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina
(+591) 4 425 7501 - <http://www.etsbjca.com.bo>

Escuela Técnica de Salud del Chaco Boliviano "Tekove Katu"
(+591) 3 952 2147

Unidad de Recursos Humanos - Ministerio de Salud y Deportes
(+591) 2 248 6654

Opas - Bolivia

(+591) 2 241 2465 - <http://new.paho.org/bol>

Brasil

Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS)
(+55) 61 3315 3394 - <http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br>

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV)
(+55) 21 3865 9797 - <http://www.epsjv.fiocruz.br>

Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Ministério da Saúde
(+55) 61 3315 2303

Opas - Brasil

(+55) 61 3426 9595 - <http://new.paho.org/bra>

Chile

Asociación Panamericana de Tecnólogos Médicos (ATPM)
(562) 6384752 - pantecmed@gmail.com

División de Gestión y Desarrollo de las Personas - Ministerio de Salud
(+56) 2 574 0345

Opas - Chile

(+56) 2 437 4600 - <http://new.paho.org/ch>

Colômbia

Asociación para la Enseñanza de Técnicas Dentales
(+57) 1 310 2971

Facultad de Odontología - Universidad de Antioquia
(+57) 4 219 6718 - <http://odontologia.udea.edu.co>

Fundación Universitaria de San Gil (UniSanGil)
(+57) 7 724 5757 - <http://www.unisangil.edu.co>

Fundación Universitaria del Área Andina
(+57) 1 249 7249 - <http://www.areandina.edu.co>

Medised - Institución de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano
(+57) 1 684 5054 (Sede Norte) / (+57) 1 267 8610 (Sede Occidente)

Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena)
(+57) 1 285 2448 - <http://www.sena.edu.co>

Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos - Ministerio de la Protección Social
(+57) 1 330 5000 / (+57) 1 330 5050

Opas - Colômbia

(+57) 1 314 4141 - <http://www.paho.org/col>

Costa Rica

Escuela de Tecnologías en Salud - Facultad de Medicina/UCR
(+506) 2511 4493 - <http://ets.ucr.ac.cr>

Cuba

Facultad de Tecnologías de Salud (Fatesa/ISCM-H)
(+53) 5 286 0389 / (+53) 7 640 0192

El Salvador

Opas - El Salvador
(+503) 2298 3491 - <http://www.paho.org/els>

Equador

Opas - Equador
(+593) 2 246 0330 - <http://www.paho.org/ecu>

Estados Unidos

Global Community Health Training Center of Jackson State University
(+1) 601979 8848

Honduras

Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)
(+504) 232 2110 - <http://www.unah.edu.hn>

México

Departamento de Enfermería Clínica Integral Aplicada/Cucs - Universidad de Guadalajara
(+52) 33 1058 5200 - <http://www.cucs.udg.mx/enfermeriaclinica>

Escuela de Enfermería - Universidad Autónoma del Estado de Morelos
(+52) 777 322 9632 - <http://www.uaem.mx/>

Facultad de Enfermería - Universidad Autónoma de Tamaulipas - Campus Tampico
(+52) 834 318 1700 - <http://www.enfermeria-tampico.uat.edu.mx>

Opas - México

(+52) 55 5980 0880 - <http://www.paho.org/mex>

Panamá

Opas - Panamá
(+507) 262 0030 - <http://www.paho.org/pan>

Paraguai

Centro Educativo Superior en Salud - Ypacaraí - Facultad en Ciencias de la Salud
(+595) 513 432 029 / (+595) 513 432009

Instituto Nacional de Salud (INS)

(+595) 21 294 482 - <http://www.ins.gov.py>

Instituto Técnico Superior Del Saber
(+595) 21 583 647

Dirección de Institutos Técnicos Superiores - Ministerio de Educación y Cultura (+595) 21 498 716

Dirección Nacional de Recursos Humanos en Salud - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
(+595) 21 204 601

Opas - Paraguai

(+595) 21 450 495 - <http://www.paho.org/par>

Peru

Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos - Ministerio de Salud
(+51) 1 333-2899 - <http://www.minsa.gob.pe/dggdrh>

Opas - Peru

(+51) 1 319 5700 - <http://www.paho.org/per>

Uruguai

Escuela Universitaria de Tecnologías Médicas - Universidad de la República (+598) 2 487 1323 - <http://www.eutm.fmed.edu.uy>

Dirección General de la Salud - Ministerio de Salud Pública
(+598) 2 400 1002 / (598-2) 4097800

Opas - Uruguai

(+598) 2 707 3590 - <http://www.paho.org/uru>

EUROPA**Portugal**

Associação Portuguesa de Técnicos de Anatomia Patológica (APTAP)
<http://www.aptap.pt/index.htm>

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(+351) 218 980 400 - <http://www.estesl.ipl.pt>

Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT)
(+351) 213 652 600 - <http://www.ihmt.unl.pt>

Escola Superior de Saúde - Cruz Vermelha Portuguesa
(+351) 213 616 790 - <http://www.esscvp.eu/>

Direção Geral da Saúde - Ministério da Saúde
(+351) 218 430-500 - <http://www.dgs.pt/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)

Departamento de Recursos Humanos em Saúde
(+41) 22 791 2542 - <http://www.who.int>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas - WDC)

Unidade de Desenvolvimento de Recursos Humanos
(+1) 202 974 3000 - <http://new.paho.org>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA A ÁFRICA (AFRO)

Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde
(+47) 241 39 388 - <http://www.afro.who.int/>

A Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS) é uma articulação entre instituições e organizações envolvidas com a formação e qualificação de pessoal técnico da área da saúde na América Latina, Caribe, Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop) e Portugal, que objetiva o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde.

Baseia-se no pressuposto de que a qualificação dos trabalhadores é uma dimensão fundamental para a implementação de políticas públicas que atendam às necessidades de saúde da população de cada país-membro.

