

REVISTA

Ano 3 - nº 10 - abr./mai./jun. 2011

RETS

Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde

Impresso
Especial

9912213586 DR/RJ

Fundação
Oswaldo Cruz

CORREIOS



Malawi

um bom exemplo
de que vale a pena
apostar na força de
trabalho em saúde

Capa

Avaliação do Plano de Recursos Humanos em Saúde do Malawi mostra que ainda há muito por fazer 2

Entrevista - Isabel Dure

Saúde e Educação: trabalho intersectorial ainda é um desafio 11

Nova estratégia do Banco Mundial para a África ressalta importância das parcerias e o papel da saúde e da educação 7

Mercosul discute formação e atuação dos trabalhos técnicos da saúde 9

Iniciativa da OMS para a expansão da educação dos profissionais de saúde 12

RETS-Unasul, RESP e RINS, três redes e um só objetivo: fortalecer a educação dos trabalhadores da saúde na América do Sul 14

editorial

Durante a sua vida, Albert Einstein reiterou várias vezes a importância da experiência como fonte do conhecimento. O escritor e comediante inglês Douglas Adams, por sua vez, apesar de lamentar a aparente falta de vontade dos humanos de aprenderem com a experiência alheia, fazia questão de lembrar que essa é uma das capacidades que nos diferenciam de outros animais. Se acrescentarmos a isso, o objetivo expresso da RETS de facilitar e estimular o compartilhamento, entre seus membros, de informações e experiências de interesse, não nos falta razão para divulgar, no âmbito da Rede, os êxitos e as dificuldades enfrentadas pelo Malawi, um pequeno país africano, na execução de seu ousado plano emergencial de recursos humanos para a saúde, implantado em 2004.

Será que um plano, cujo objetivo foi evitar o colapso total de um sistema “à beira do caos”, segundo o próprio Ministro da Saúde do Malawi, pode servir de exemplo para outros países? O que foi feito? O que deu certo e, hoje, torna viável para o país alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio na área da Saúde? O que põe em risco os avanços realizados? É possível dar sustentabilidade e perenidade a medidas emergenciais? São muitas perguntas e, certamente, muitas delas não terão respostas conclusivas. Restará, no entanto, a reflexão sobre o tema e a expectativa de que, em algum momento, essa “experiência alheia” possa ser útil aos nossos próprios objetivos.

As redes de instituições estruturantes dos sistemas de saúde da Unasul – RETS, RESP e RINS – são o tema de uma segunda matéria, cujo objetivo é mostrar aos nossos leitores de que forma os países sul-americanos têm buscado se organizar para superar alguns dos desafios enfrentados pelos sistemas nacionais de saúde.

Para completar a edição, apresentamos a nova estratégia do Banco Mundial para a África, com ênfase nas parcerias e no conhecimento; os resultados do seminário ‘Desafios da formação de recursos humanos em saúde e a prática profissional no Mercosul’, realizado nos dias 7 e 8 de abril, em Assunção, Paraguai; e, por fim, o lançamento, pela OMS, de um livreto sobre o processo de elaboração das orientações políticas e técnicas voltadas para o aprimoramento da educação dos profissionais de saúde, a serem publicadas em breve.

Boa leitura!

Secretaria Executiva da RETS

expediente

Ano 3 - nº 10 - abr/mai/jun 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

Ana Maria Almeida (ESTeSL – Portugal)
Carlos Einisman (AATMN – Argentina)
Isabel Duré (MS-Argentina)
Julio Portal (Fatesa/ISCM-H – Cuba)
Olinda Yaringaño Quispe (MS – Peru)

Jornalismo

Editora: Ana Beatriz de Noronha - MTB25014/RJ
Estagiária: Samantha Chuva

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

Isabel Brasil

Coordenadora de Cooperação Internacional

Anamaria D’Andrea Corbo

Equipe da Coordenação de Cooperação Internacional

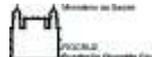
Ana Beatriz de Noronha
Anakeila Stauffer
Kelly Robert

Endereço

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sala 303
Av. Brasil, 4365 - Manginhos - 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



Avaliação do Plano de Recursos Humanos em Saúde do Malawi mostra que ainda há muito por fazer

“**H**oje, estamos quase alcançando a meta estabelecida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para a redução da mortalidade infantil e já conseguimos providenciar serviço de atendimento pré-natal para 68% das mulheres no país. Em seis anos, 13 mil vidas foram salvas”, disse o ministro da



Saúde de Malawi, David Mande, no seminário ‘No health workforce, no health MDGs. Is that acceptable?’ [Sem força de trabalho na saúde, sem saúde nos ODM. Isso é aceitável?], que integrou a programação da Cúpula dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em setembro de 2010.

Mas o que terá ocorrido para que esse pequeno país do sudeste da África (ver box) se transformasse num exemplo positivo quando se fala na questão da força de trabalho em saúde? O que ainda é preciso fazer para que o país possa superar seus principais problemas de saúde?

A resposta para essas perguntas está nos resultados apresentados no relatório de avaliação dos seis anos (2004-2009) do Programa Emergencial de Recursos Humanos do Malawi (Perh), divulgado em julho do mesmo ano.

Para a avaliação, realizada com apoio técnico e financeiro do **Departamento para o Desenvolvimento Internacional** (DFID, do inglês Department for International Development), o governo do Malawi contratou duas empresas independentes – Management Sciences for Health (MSH) e Management Solutions Consulting (MSC). O principal objetivo do trabalho, que teve início no segundo semestre de 2009, foi permitir que o governo do Malawi pudesse analisar o progresso

da implementação do Programa e fazer um balanço das conquistas realizadas. A avaliação também serviu para verificar os custos do Programa e seu impacto na utilização dos serviços de saúde. A observação foi centrada nos cinco pontos cruciais (ou elementos) que compuseram o plano de ação:

- **Elemento 1:** criação de incentivos salariais para o recrutamento e retenção de 11 categorias profissionais em hospitais públicos e filantrópicos, juntamente com uma ação incisiva de recrutamento e reenquadramento de pessoal qualificado.
- **Elemento 2:** expansão da capacidade de formação interna em mais de 50% do total, incluindo a duplicação do número de enfermeiros e a triplicação do número de médicos e assistentes clínicos em formação
- **Elemento 3:** utilização de médicos voluntários internacionais e tutores de enfermagem para preenchimento de postos de trabalho em lugares mais críticos, enquanto profissionais nacionais estão sendo formados.

Órgão do governo britânico voltado para o apoio aos países mais pobres, com vistas à eliminação da pobreza extrema. Criado em 1997, atua em cerca de 90 países, por meio de parcerias com governos, instituições beneficentes, empresas e organismos internacionais. Além da sede em Londres e em East Kilbride, o DFID tem escritórios em cerca de 40 países.

Em países de baixa renda, o Pacote Essencial de Saúde geralmente engloba um número bastante limitado de serviços clínicos e de saúde pública que devem estar disponíveis para a população nos níveis de menor complexidade do sistema. A existência de um PES não significa que pessoas com outras necessidades de saúde não sejam atendidas nos serviços, mas sim que não há garantias de que haverá recursos – profissionais, medicamentos e equipamentos – disponíveis para suas necessidades específicas. Os EHPs são desenvolvidos geralmente com base em fatores epidemiológicos e técnicos, mas também econômicos (custo-benefício) e sociais. No Malawi, o EHP, instituído pelo governo no início da década de 2000, enfatiza as ações de imunização, saúde reprodutiva e nutrição.

Fonte: Essential Health Packages (EHP): What are they for? What do they change? (OMS, 2008)

Sobre o Malawi



Fundada em 1891, como protetorado britânico de Niassalândia, a República do Malawi tornou-se uma nação independente em 1964. Após três décadas de regime de partido único, o país realizou suas primeiras eleições multipartidárias em 1994. O atual presidente, Bingu wa Mutharika, assumiu o cargo em 2004 e foi reeleito para mais um mandato de cinco anos em 2009.

De clima subtropical, o Malawi é limitado a norte e a leste pela Tanzânia, a leste, sul e oeste por Moçambique e a oeste pela

Zâmbia. O país, cuja capital é Lilongwe, tem área total de 118.480 km², sendo 94.084 km² de terra e 24.404 km² de água, especialmente por conta do grande Lago Malawi (antigo Lago Niassa). Sua população é de cerca de 15,5 milhões de habitantes, pertencentes a oito grupos étnicos distintos: os Chewa, que formam a maioria da população, os Nyanja, Tumbuka, Yao, Lomwe, Sena, Tonga e Ngoni Ngonde. Como idiomas oficiais, o país adota o inglês e o Chichewa.

Classificado pelo Banco Mundial como um país de baixa renda, o Malawi tinha, em 2009, um PIB per capita anual de menos de US\$ 300*. A taxa de analfabetismo entre a população de mais de 15 anos, chega a 25%. Na saúde, segundo a OMS, a expectativa de vida é de 44 anos para os homens e 51 para as mulheres.

Na economia, o setor agrícola é responsável por cerca de 35% do PIB, empregando quase 85% da força de trabalho nacional e representando mais de 80% das receitas em divisas. A agricultura é caracterizada pela coexistência de algumas grandes propriedades comerciais com um grande número de pequenos produtores praticantes principalmente da agricultura de subsistência. O milho, alimento básico, é responsável por 80% das terras cultivadas. As principais culturas de exportação são o tabaco, o açúcar, o chá e o café.

*valor convertido para dólares norte-americanos, por meio do método Atlas (Banco Mundial)

• **Elemento 4:** apoio técnico internacional no reforço da capacidade e no desenvolvimento de competências de gestão e planejamento no âmbito do Ministério da Saúde.

• **Elemento 5:** aumento da capacidade de acompanhamento e avaliação da força de trabalho em saúde, com base nos sistemas de informações gerenciais existentes, os quais foram reforçados para apoiar a implementação do **Pacote Essencial de Saúde**.

Além de documentar e analisar os resultados obtidos até a época da avaliação, a equipe responsável pelo relatório destacou as lições aprendidas

e fez recomendações baseadas em evidências para o fortalecimento dos sistemas de Recursos Humanos em Saúde (RHS) e das práticas de saúde pública no Malawi.

Plano para reverter o colapso na saúde

Em abril de 2004, o ministro da Saúde do Malawi classificou como de 'quase colapso' a situação na área da Saúde no país. Naquela época, o quadro insuficiente de trabalhadores para o setor se via ainda menor diante do aumento acelerado da demanda de serviços resultante, entre outras coisas, do crescimento populacional, dos altos níveis de HIV/Aids e da migração de profissionais de saúde para o exterior estimulada pelo processo da

globalização. Tudo isso contribuiu para que o país chegasse a ter apenas 1,1 médicos e 25,5 enfermeiros por cada 100 mil habitantes.

Na época, a incapacidade de o governo planejar e investir na produção e retenção de um número adequado de profissionais de saúde no setor público foi considerada uma das causas da crise. O setor público de saúde no Malawi inclui as unidades ligadas diretamente ao Ministério, que respondem por cerca de 60% dos serviços, e aquelas que integram a Associação Cristã de Saúde, responsável pelos 40% restantes.

Apenas cerca da metade dos 20 médicos que se formavam na única escola de medicina do país permaneciam trabalhando no setor público e dos quase nove mil postos de trabalho criados para enfermeiros, menos de 50% foram preenchidos. A taxa de formação não conseguia acompanhar o ritmo da necessidade. Baixos salários, sobrecarga de trabalho e falta de condições para o desempenho de suas funções contribuíam para a crise no setor e para que os indicadores de saúde do país se deteriorassem rapidamente.

Em 2004, enquanto nos demais países da África Subsaariana, a média da taxa de mortalidade materna era de 940 mortes por 100 mil nascidos vivos, a taxa de mortalidade infantil era de 76 por mil nascidos e a prevalência de HIV/Aids entre adultos de 7,5%, no Malawi, as taxas eram de 984 mortes maternas para 100 mil nascidos vivos, mortalidade infantil de 102 por mil nascidos vivos e 12% de prevalência do HIV/Aids entre os adultos.

Diante desse contexto, em distintas visitas ao país, o diretor executivo da **Unaid**, Peter Piot, e o secretário per-

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid), cujo objetivo é encorajar, mobilizar e apoiar os países para alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados relacionados ao HIV. Lançado em janeiro de 1996, é coordenado por um grupo formado por representantes de 22 países, de outras agências internacionais, dentre as quais o Banco Mundial, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Mundial do Trabalho, do próprio Secretariado do Programa e de cinco organizações não-governamentais, incluindo associações de pessoas vivendo com HIV.

manente do DFID, Chakrabarti Suma, consideraram que a falta de trabalhadores qualificados para a saúde tornava inviável qualquer resposta eficaz ao controle do HIV/AIDS, e até mesmo qualquer tentativa do governo de realizar reformas no setor.

Em resposta aos dois organismos, tradicionais doadores de recursos para a África, e com o seu apoio, o governo do Malawi desenvolveu um Programa Emergencial de Recursos Humanos (Perh), cujo foco central era o aumento da quantidade e da qualidade da força de trabalho em saúde, por meio de incentivos financeiros e de um forte incremento na escala de formação de novos trabalhadores.

Um plano à frente de seu tempo

Desde o seu lançamento, o Plano de RHS do Malawi chamou atenção da comunidade internacional por sua abrangência e inovação. Um estudo comparativo, que envolveu cinco países – Camarões, Indonésia, Malawi, Ruanda e Tanzânia – mostrou que apenas no Malawi foram implementados simultaneamente amplos e interligados sistemas de incentivo que visavam à retenção de trabalhadores tanto no setor público de saúde quanto no privado. Isso num cenário em que vários países ainda não desenvolviam seus planos de recursos humanos em saúde e que muitas das iniciativas de solução da crise da força de trabalho em saúde ainda ocorrem de forma fragmentada.

Outra marca do plano foi o nível de financiamento – cerca de US\$ 95 milhões – e o apoio que recebeu dos organismos doadores durante seis anos, algo que não deve ser subestimado, tendo em vista que toda tentativa de resolver a crise da força de trabalho em saúde deve considerar o horizonte de tempo necessário para formar novos profissionais e implantar novas políticas para o setor.

O Perh representa o primeiro dos seis pilares do Plano de Trabalho 2004-2009 do Ministério da Saúde do Malawi. Os outros cinco são: produtos farmacêuticos e médicos; equipamentos básicos essenciais; desenvolvimento de infra-estrutura; operações de rotina nas unidades de saúde; e operações centrais e desenvolvimento de políticas e sistemas. O Plano é administrado pelo Ministério, por meio de uma abordagem setorial considerada altamente eficaz por conta do elevado nível de colaboração entre os vários departamentos do setor da saúde.

Apesar de ter sido construído como uma resposta de emergência a uma situação limite, sempre houve entendimento de que plano só teria sucesso se fosse desenvolvida uma maior capacidade institucional e criados sistemas de gestão do trabalho em saúde mais eficientes.

As metas previstas e as estratégias empregadas

O objetivo geral do plano era reduzir o déficit da força de trabalho em saúde do Malawi até um nível comparável ao da Tanzânia. Isso significava passar de 1,1 para 2,3 médicos e de 25,5 para 36,6 enfermeiros por 100 mil habitantes. Para isso, foram estabelecidos objetivos específicos para cada um dos cinco elementos do Plano.

No âmbito do ‘Elemento 1’, que tratava de incentivos financeiros e de estratégias de recrutamento e retenção de pessoal, foram estabelecidas metas anuais por quadros, com previsão de se passar de pouco mais de 6 mil profissionais em 2004 para mais de 10 mil em 2010, o que representa um aumento de cerca de 70%. As metas de pessoal foram estabelecidas por autoridades do Ministério da Saúde em colaboração com um consultor em economia da saúde. Na época, em parceria com associações profissionais e instituições formadoras, o Ministério da Saúde selecionou 11 categorias profissionais consideradas fundamentais para a implantação do Pacote Essencial de Saúde: médicos, enfermeiros (incluindo parteiras), assistentes clínicos, assistentes médicos, técnicos de laboratório, técnicos de radiologia, técnicos de farmácia, terapeutas dentários, fisioterapeutas, agentes de saúde ambiental e engenheiros médicos.

Diversas iniciativas foram tomadas para identificação e recrutamento de graduados de instituições de formação, bem como para re-contratação de trabalhadores de saúde que tinha deixado o setor público por inúmeras razões. Em relação ao recrutamento foram realizadas duas grandes seleções em nível nacional, a primeira em meados de 2006 e a segunda no final de 2008. A demora na efetivação dos trabalha-

dores recrutados, no entanto, causou prejuízos ao processo, uma vez que alguns profissionais acabaram desistindo ou optando por outros empregos.

Uma das estratégias utilizadas para o reenquadramento funcional foi a do aumento do limite de idade para aposentadoria, que passou de 55 para 60 anos. A reintegração dos aposentados, foi feita por meio de contratos de trabalho de três anos. Além disso, foi previsto um pacote de vantagens para incentivar a ocupação de cargos em áreas remotas, que infelizmente não chegou a ser implantado. A melhoria nas condições de trabalho e a possibilidade de formação continuada foram outros fatores utilizados para atrair os trabalhadores.

No ‘Elemento 2’, o objetivo era aumentar significativamente o número de trabalhadores de saúde em formação e melhorar a capacidade das principais instituições de formação do país: a Faculdade de Ciências da Saúde; a Faculdade de Enfermagem do Kamuzu, a Faculdade de Medicina e os institutos da Associação Cristã de Saúde. Nesse sentido, foram estabelecidas bolsas de estudo para que, entre outras coisas, os alunos pudessem pagar suas mensalidades e recursos financeiros para que as instituições melhorassem sua infraestrutura, sendo capazes de receber mais alunos. A ideia era duplicar o número de médicos e triplicar o de enfermeiros e assistentes clínicos. O modelo projetava um aumento de 82% no número de graduados, que passaria de 842, em 2004, para 1.534, em 2009.

Para o ‘Elemento 3’, que tratava da utilização de médicos voluntários para o preenchimento emergencial de postos de trabalhos vagos, não foram previstas metas específicas, uma vez que essa seria uma medida paliativa, cuja duração estava atrelada ao cumprimento das metas do elemento dois. A ideia inicial era que, além de prover atendimento clínico, os voluntários pudessem transferir conhecimentos específicos para os profissionais locais. De 2004 a 2009, o número de médicos voluntários ligados aos Perh passou de 18 para 132.

O objetivo do ‘Elemento 4’ era aumentar a capacidade do Ministério da Saúde na gestão dos recursos humanos. A proposta foi que o Ministério contratasse especialistas para apoiar o desen-

volvimento, a implementação e o monitoramento dos sistemas de gestão de RH; facilitar o desenvolvimento de capacidades, e liderar a revitalização da Unidade de Planejamento de RH do Ministério. De um total de 23 consultores contratados, no período de abril de 2005 a dezembro de 2008, quatro eram da área de RH. De acordo com o relatório, a maior dificuldade nesse elemento foi a inexistência de uma equipe do próprio Ministério com capacidade e motivação para interagir com os contratados.

No caso do 'Elemento 5', o objetivo era reforçar o acompanhamento e avaliação da capacidade da força de trabalho em saúde. No entanto, não foi definida nenhuma estratégia concreta para isso e nem detalhadas metas específicas para o Elemento.

No início da implantação do plano já estava previsto que essas cinco intervenções deveriam ser acompanhadas pelo fortalecimento da infraestrutura, da gestão e da capacidade de liderança do sistema, uma vez que, sem isso seria impossível sustentar os êxitos conseguidos. O consenso era de que aumentar o número de trabalhadores da saúde e de alunos nas escolas de formação seria apenas o primeiro passo e que a obtenção de benefícios de longo prazo para a população dependeria ainda de que esses trabalhadores recebessem o suporte necessário para a sua manutenção e para a prestação de serviços de qualidade, com um bom nível de desempenho.

Falta de dados dificulta avaliação do programa

A fim de alcançar os objetivos propostos de forma mais abrangente, coerente e consistente, o processo de avaliação do Perh - Malawi foi realizado em várias frentes, sob supervisão de uma força tarefa comandada pelo ministro da Saúde e formada por representantes de diversos órgãos do setor.

A tarefa incluiu uma combinação de métodos tradicionais de pesquisa de campo e de coleta de dados. Para os dados quantitativos, foram utilizados como fontes primárias os sistemas de informação do Ministério e das instituições de formação, além de relatórios e documentos publicados. Os dados qualitativos foram coletados em grupos focais e em entrevistas com informantes-chave, bem como por meio de pesquisas realizadas com gestores de RH em nível distrital. A análise dos dados foi realizada em colaboração com a força tarefa do Plano.

No que diz respeito às dificuldades encontradas no processo de avaliação, a falta de dados quantitativos, especialmente de períodos anteriores à implantação do programa, representou o maior desafio, especialmente para a determinação de tendências e para a compreensão mais acurada do impacto resultante do Perh. Outra dificuldade enfrenta-

da foi a falta de dados informatizados. Algumas informações detalhadas sobre as folhas de pagamento das unidades vinculadas a Associação Cristã de Saúde só estavam disponíveis em versão impressa, impossibilitando o acesso aos dados individuais. No âmbito do Ministério, também foi impossível acessar os dados de pagamento anteriores a 2005, por conta de mudanças no sistema de banco de dados e da falta de backup dos registros.

Resultados justificam investimentos

A experiência mostra que existe uma relação direta e positiva do aumento do número de trabalhadores de saúde e a melhoria dos resultados de saúde de uma dada população. Em 2004, no início da implantação do Perh em Malawi havia 0,87, ou seja, menos de um trabalhador no setor público de saúde para cada mil habitantes no país. Em 2009, esse número passou para 1,44, o que representa um aumento de 66%. Durante o mesmo período, a população total do Malawi aumentou 10%, mostrando que a densidade de trabalhadores de saúde sofreu um aumento real que superou a taxa de crescimento populacional.

Com relação à utilização dos serviços de saúde, a tabela ao lado mostra que houve um considerável aumento nos seis serviços considerados prioritários pelo Ministério – (1) consultas pré-natais; (2) partos realizados por pessoal qualificado, (3) imunização infantil; (4) administração de nevirapina para prevenção da transmissão vertical – de mãe para filho – do HIV; (5) total de consultas ambulatoriais e (6) inscrições em programas de distribuição de Antirretrovirais –, resultando em mais de 13 mil vidas salvas, a um custo médio unitário de pouco mais de US\$ 7,2 mil, se considerarmos que o programa utilizou recursos de cerca de US\$ 95 milhões.

De forma global, a avaliação mostrou que, apesar de apenas quatro – médicos, assistentes clínicos, técnicos de laboratório e técnicos em farmácia – das 11 categorias selecionadas terem alcançado ou ultrapassado as metas estabelecidas no documento original, o objetivo central do Plano foi plenamente cumprido. De 2004 a 2009, o número de profissionais de saúde das categorias consideradas prioritárias, registrou

RESUMO DE CONTRIBUIÇÕES, PRODUTOS, RESULTADOS E IMPACTO DO PERH					
Elementos	Contribuições (USD)	Produtos	Resultados	Impacto	Vidas Salvas
1a. Pagamento de incentivos	34,1 milhões	8.369 trabalhadores da saúde nas unidades do MS e da ACSM até 2009 10.507 AVS na comunidade até 2009	1,44 Trabalhadores da Saúde por 1.000 habitantes; 0,02 Médicos, 0,37 Enfermeiros, 0,8 AVS	Aumento de 40% nos serviços de assistência ambulatorial Aumento de 15% nos partos seguros Aumento de 7% nos cuidados pré-natais	6.433 265 2.842
1b. Recrutamento	169.069	1.093 funcionários recrutados	por 1.000 habitantes	Aumento de 10% nas imunizações	3.647
2a. Capacitação - Mensalidades escolares	29,9 milhões	6.316 trabalhadores da saúde capacitados		Aumento de 18% na prevenção de transmissão do vírus HIV de mãe para filho	
2b. Infraestrutura para capacitação	16,7 milhões				
3. Voluntários internacionais	6,4 milhões	552 pessoas/ano			
4. Assistência técnica	1,5 milhões	Políticas de RH			
5. Sistema de M&A	112.529	N/D			

ACSM = Associação Cristã de Saúde do Malawi
AVS = Agentes de Vigilância Sanitária
M&A = Monitoramento e Avaliação
MS = Ministério da Saúde

um aumento de 53%, passando de 5.453 para 8.369. Se for considerado o quadro de **Agentes Comunitários de Saúde**, que passou de 4886 para 10.507, esse aumento chega a 83%.

No que se refere à questão da formação, houve, nas quatro instituições principais, um aumento global de 39%, passando de 917 formandos em 2004 para 1.277 em 2009. No caso dos médicos, o aumento foi de 72%, passando-se de 18 diplomados em 2004 para 31 em 2009. Na área da enfermagem, o aumento foi de 22%, com o número de licenciados indo de 575 para 699.

Apesar do resultado positivo, nem tudo pode ser motivo de comemoração. A suspensão do pagamento de bolsas de estudo pelo Governo do Malawi, em setembro de 2009, causou uma imediata queda no número de matrículas em instituições locais de formação de saúde. Em instituições da Associação Cristã, as matrículas caíram de 616, em 2008, para 87 em 2009, acarretando o adiamento do período para abril de 2010. Entre os formados, 95% dos alunos afirmaram que não poderiam ter completado o curso se não tivessem a bolsa paga pelo governo.

O que ainda precisa ser feito

As evidências mostram que os esforços do Malawi para superar a fase de emergência com relação à força de trabalho em saúde valeram a pena e devem ser utilizados como exemplo, mas os ganhos, como afirma o relatório, ainda são frágeis devido à falta de um plano de sustentabilidade, à debilidade estrutural do sistema de saúde, ao crescimento populacional e a um crescimento contínuo da carga de doenças. Por tudo isso, o documento faz inúmeras recomendações a serem seguidas pelo governo do Malawi a fim de tornar permanentes os êxitos obtidos até o momento.

De acordo com o documento, ainda é preciso, dentre outras coisas, que sejam feitas análises mais profundas sobre os quadros necessários para o alcance das Metas do Milênio e para a implementação efetiva do Pacote Essencial de Saúde estabelecido pelo governo, e que seja institucionalizada uma nova estrutura de remuneração no Ministério da Saúde que dê sustentação ao aumento de 52% nos salários do pessoal. No que afeta os objetivos do 'Elemento 1' do Plano, é necessário acelerar a implementação do pacote de incentivos para atrair profissionais de saúde para as áreas remotas.

No que se refere à questão da formação, o relatório sugere que seja constituída uma comissão com dirigentes dos Ministérios da Saúde, da Educação e das Finanças, das instituições de formação e das agências doadoras para tentar equilibrar os custos de formação em saúde e as mensalidades pagas pelos estudantes.

No âmbito da gestão, a principal recomendação é que o órgão de coordenação de RH ocupe uma posição mais elevada na estrutura do Ministério e tenha como núcleo uma equipe de profissionais com conhecimentos e experiência nessa área.

Um aprendizado que deve ser compartilhado

A avaliação do Perh do Malawi revelou, segundo os especialistas, ao menos dez lições fundamentais para o próprio país e para todos os demais que enfrentam problemas e precisam superar desafios semelhantes.

1. O comprometimento do governo para assumir a responsabilidade pelas ações é essencial
2. A implementação bem sucedida de um plano abrangente de RHS necessita de colaboração e empenho multisetorial.
3. A implementação conjunta de intervenções emergenciais de curto prazo e de intervenções de longo prazo é a base do sucesso, uma vez que medidas de curto prazo por si só não produzem impacto duradouro.
4. O apoio dos doadores para sustentar o aumento salarial de 52% e a atitude do governo do Malawi de permitir escalas de remuneração diferentes no âmbito do sistema foi providencial.
5. Todas as iniciativas devem ser realizadas com um horizonte de longo prazo, a fim de que as melhorias possam ser detectadas.
6. O planejamento para a sustentabilidade deve ser considerado desde o início.
7. O sucesso na implementação de planos de RHS deve ser baseado num desenho altamente profissional de sistemas organizacionais e de arranjos institucionais. Além disso, depende da existência de lideranças bem preparadas

Apesar de não fazer parte do projeto inicial, o quadro suplementar de Agentes Comunitários de Saúde, também recebeu os incentivos salariais previstos no Elemento 1 do Plano. Esses trabalhadores são recrutados nas comunidades, prestando serviços diversos, tais como: imunizações, planejamento familiar, consultas de puericultura e controle de doenças. A meta estabelecida pelo Ministério da Saúde é a de um agente para cada mil habitantes, o que, apesar de um crescimento de mais de 115% do quadro, ainda não foi alcançado.

e de equipes formadas por profissionais qualificados e experientes.

8. Um sistema de Gestão de Recursos Humanos – recrutamento, colocação, transferência, promoção, gestão de desempenho – integrado e funcional é o alicerce para a implementação exitosa de estratégias de RHS.

9. O aumento acelerado da formação de quadros tradicionais de saúde – médicos e enfermeiros – não é suficiente para atender todas as necessidades dos sistemas de saúde e nem sempre apresenta boa relação custo-benefício. No caso do Malawi, o foco na implementação do Plano Essencial de Saúde exige competências de outros quadros, tais como, Agentes Comunitários de Saúde e técnicos de várias especialidades.

10. É preciso que haja comunicação clara e regular entre todos os envolvidos no processo, incluindo alunos em formação e pessoas que já estão empregados no setor da saúde, sobre os objetivos e as expectativas do plano de RHS. Tal medida é fundamental para evitar a confusão e o retrocesso que podem resultar de alterações na política, especialmente as que envolvem compensação financeira ou pagamento de bolsas para os estudantes. ✂

Leia mais:

- The Emergency Human Resource Programme (EHRP) - Progress and Lessons from Malawi. (Dr Jason Lane)
 - Evaluation of Malawi's Emergency Human Resources Programme: final report and annexes (Management Sciences for Health - MSH)
 - Malawi's Emergency Human Resources Program: an Overview (Gordon Matt, 2008)
- Os três documentos estão disponíveis no site da RETS (<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>) em: 'Biblioteca' > 'Temas de interesse' > 'Malawi'

Nova estratégia do Banco Mundial para a África ressalta importância das parcerias e o papel da saúde e da educação

A pós oito meses de consultas pessoais ou via Internet com mais de

duas mil pessoas em 36 países, sendo 31 da África, o Banco Mundial lançou, no dia 1º de março, a versão final do documento 'O futuro da África e o apoio do Banco Mundial', com sua nova estratégia para a região.

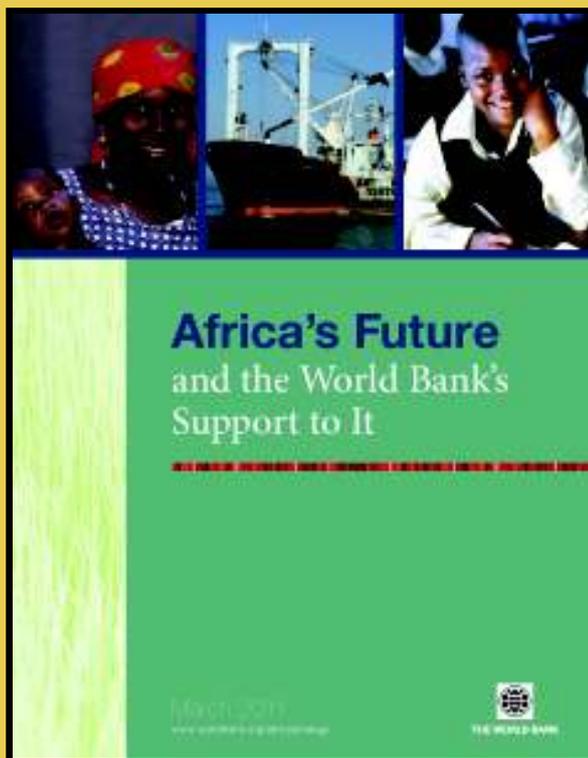
De acordo com o Banco Mundial, a ideia é aproveitar o momento para transformar o continente e melhorar a condição de vida de suas populações, ajudando as economias africanas a se fortalecerem, tal como aconteceu com as economias da Ásia há 30 anos. A nova abordagem representa uma mudança significativa na forma como a organização olha para África e avalia o seu próprio papel no apoio ao progresso no continente.

A estratégia parte de uma proposta geral de busca de estabilidade econômica para colocar em destaque eixos considerados fundamentais:

Competitividade e emprego

Nesse sentido, o documento ressalta a necessidade de os países diversificarem suas economias e gerarem emprego, especialmente para os cerca de 10 milhões de jovens que entram anualmente para a força de trabalho. A proposta é reduzir a

A elaboração do documento 'Futuro da África e o apoio do Banco Mundial' teve início em julho de 2010, quando teve início uma primeira fase de consultas, composta por reuniões presenciais, videoconferências, e comentários por via eletrônica, cujo objetivo era recolher contribuições iniciais. De setembro a novembro, foi realizada uma revisão das contribuições enviadas e preparada uma proposta preliminar de estratégia. Nos meses de novembro e dezembro, foram recolhidos, por meio eletrônico, comentários públicos à proposta de estratégia inicial. Já em 2011, nos dois primeiros meses do ano, foi redigido o texto a ser aprovado pelos Diretores Executivos do Banco Mundial.



brecha entre as necessidades e os investimentos que são feitos em infraestrutura. – atualmente cerca de US\$ 48 mil milhões anuais –, apoiando os esforços para facilitar o funcionamento das empresas e reforçar a qualificação dos trabalhadores, especialmente em áreas consideradas estratégicas. O documento reafirma a ideia de que o crescimento da África depende da saúde de sua população e que isso, por sua vez, depende, entre outras coisas, de uma força de trabalho em saúde bem preparada.

Vulnerabilidade e resiliência

De acordo com o Banco Mundial, os países pobres da África costumam ser muito afetados pelas crises que ocorrem nos contex-

tos globais de economia e saúde, bem como por desastres naturais e conflitos, o que tende a acentuar a pobreza em que vivem. Nesse sentido, a estratégia propõe medidas que visam fortalecer os sistemas nacionais de atenção à saúde, prevenir efeitos das alterações climáticas por meio de melhorias na gestão dos recursos hídricos e da irrigação, e reforçar as entidades públicas para que possam distribuir os recursos de forma mais equitativa e construir consensos. O objetivo do plano é, portanto, reduzir a incidência de choques e minimizar os danos que eles possam causar quando forem inevitáveis.

Para as ciências humanas, o conceito de resiliência se refere à capacidade do ser humano responder positivamente às adversidades que enfrenta, mesmo quando elas trazem risco ao seu desenvolvimento. A resiliência também pode representar a capacidade de recuperar o padrão normal de funcionamento após passar por uma situação negativa e sofrer suas consequências. Nesse sentido, uma sociedade resiliente é aquela que, mesmo passando por momentos de crise, consegue se recuperar e manter as condições necessárias a sua manutenção.

Governança e capacitação do setor público

Apesar de considerados essenciais, os serviços de educação, de saúde e de infraestruturas básicas são muitas vezes mal prestados ou nem são prestados por conta da má gestão de recursos públicos. Nesse sentido, a estratégia prevê que o Banco Mundial fortaleça a população na defesa de seus direitos, seja por meio de informações sobre as responsabilidades que os governos têm com as pessoas, seja pela ampliação da capacidade de organização da sociedade, tornando-a capaz de expor os casos em que os serviços não sejam bem prestados. Por outro lado, a estratégia também prevê apoio do Banco Mundial aos governos a fim de que eles melhorem os seus sistemas e aumentem sua capacidade de prestar serviços básicos e gerir sua contabilidade.

Significativamente, a nova estratégia inverte a ordem de importância dos instrumentos de apoio do Banco ao continente, tornando as parcerias o fator mais importante, seguidas do conhecimento e do financiamento em si. O objetivo da mudança é assegurar que as intervenções do Banco sirvam para complementar iniciativas desenvolvidas pelos governos africanos, pelo setor privado e por outras agências de cooperação.

“Esta estratégia é bastante representativa do que colhemos junto dos povos dos líderes, africanos, mas também do sentimento do próprio Banco Mundial”, disse Shantayanan Devarajan, Economista Chefe do Banco Mundial para África, por ocasião do lançamento do documento. “Ainda que estejamos confiantes de que esta é a abordagem mais correta para o presente, queremos também assegurar que estamos prontos a fazer adaptações na medida em que a África continue a evoluir e a progredir. O continente surpreendeu muitos negativistas, conseguindo mais de uma década de sólido crescimento econômico e gradual redução da pobreza. É uma oportunidade histórica”, garantiu.

Indicadores do Desenvolvimento Mundial 2011: na saúde, muito já foi feito, mas ainda há muito a fazer

Já estão disponíveis no website do Banco Mundial os Indicadores de Desenvolvimento Mundial 2011 (WDI, do inglês World Development Indicators). Os interessados podem acessar as informações diretamente na publicação (em inglês) ou por meio do banco de dados eletrônico. A 15^a edição da publicação já inclui dados de 2009 ou 2010 de muitos indicadores. Também estão disponíveis uma versão resumida com os principais destaques regionais dos indicadores e uma apresentação da publicação no formato de slides.

No que diz respeito às metas de saúde dos **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)** a publicação mostra que 11 países já atingiram a meta de reduzir em dois terços a taxa de mortalidade infantil e outros 25 estão perto de atingir o objetivo, mas em 100 países a situação ainda está fora de controle. No que se refere à saúde materna, 30 países estão no caminho para alcançar $\frac{3}{4}$ de redução na taxa de mortalidade materna, mas 94 ainda precisam se esforçar muito para vencer esse desafio. Apesar de ter declinado em todas as regiões do mundo, nos países de média e baixa renda a taxa de mortalidade materna ainda é alta – 580 mortes para cada 100 mil crianças nascidas vivas. Na África Subsaariana, a situação é ainda pior e a taxa média sobe para 650.

Na questão do HIV/Aids, a boa notícia é que o número de novos casos caiu 21% desde 1997. A má notícia é que ainda há 60 países em desenvolvimento nos quais as os dados disponíveis ainda não são confiáveis.

Quanto à erradicação da pobreza, os números ainda são alarmantes. O número de pessoas vivendo em estado de extrema pobreza passou de 1,8 bilhão, em 1990, para 1,4 bilhão, em 2005, mas se e o número de pessoas que sobrevivem com menos de US\$ 1,25 por dia caiu o número das que vivem com renda diária entre US\$1,5 e US\$ 2 aumentou. De acordo com o relatório, o fato de 43 países estarem em vias de acabar com a pobreza extrema (o dobro de 2005), pode

trazer alguma perspectiva positiva para esse aspecto.

Novidades e funcionalidades para facilitar a pesquisa

A nova edição do WDI traz muitas novidades, dentre as quais, a apresentação dos dados sobre a taxa de mortalidade na forma de série temporal. Ao todo, o banco de dados do WDI agora tem mais de 1.200 indicadores

Em 2011, o banco de dados também ganhou diversas funcionalidades cuja função é ampliar e facilitar o acesso às informações disponíveis. Entre outras coisas, os dados podem ser acessados por país, por tópicos ou por indicadores e é possível fazer download dos dados selecionados na forma de arquivos de Excel ou CSV ou ler o conteúdo diretamente no formato de livro eletrônico. Em breve também será possível acesso por meio de CD-ROM.

A edição impressa da WDI 2011 está disponível no site do Banco Mundial (<http://web.worldbank.org>), em: ‘Data & Research’. Os interessados também podem acessar diretamente a página do WDI (<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>).

Em setembro do ano 2000, representantes de 189 países assinaram a Declaração do Milênio, na qual assumiram o compromisso de atingir oito objetivos (ODM), no período de 15 anos, em prol do futuro da humanidade:

1. Erradicar a pobreza extrema e a fome;
2. Alcançar o nível primário universal;
3. Promover igualdade de gênero e capacitar as mulheres;
4. Reduzir a mortalidade infantil de crianças com menos de cinco anos em dois terços;
5. Melhorar a saúde das mulheres, reduzindo a mortalidade materna em 75%;
6. Combater AIDS, malária e outras doenças;
7. Assegurar a sustentabilidade ambiental; e
8. Promover uma parceria mundial para o desenvolvimento.

Mercosul discute formação e atuação dos trabalhos técnicos da saúde

Nos dias 7 e 8 de abril foi realizado, em Assunção, Paraguai, o I Seminário Regional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde no Mercosul - 'Desafios da formação de recursos humanos em saúde e a prática profissional no Mercosul'. No evento, foram discutidas inúmeras questões e propostas ações que podem permitir a elaboração de políticas de formação em saúde mais integradas no âmbito do bloco.

Contexto justifica a necessidade de trabalho conjunto

Para que os sistemas nacionais de saúde possam atender as necessidades da população é fundamental que haja uma quantidade suficiente de trabalhadores com a qualidade que os serviços demandam.

Entretanto, formar e gerir essa força de trabalho não são tarefas simples, especialmente quando a questão é pensada no âmbito regional. De um modo geral, cada país tem um sistema educacional e de formação profissional diferente e pode haver variações no tempo de formação, nos materiais e métodos empregados e também nos conteúdos abordados. Os sistemas nacionais de ensino buscam se adaptar para atender as necessidades específicas de cada país, mas ainda assim não têm conseguido reverter a grande escassez de trabalhadores para a área da saúde, causada, entre outras coisas, pelo fracasso de antigas tentativas de reformas na gestão dos recursos humanos, pela falta de recursos financeiros, potencializada pela crise econômica global, e pela crescente migração, que tende a agravar a má distribuição dessa força de trabalho, que chega a representar de 60 a 70% dos gastos do setor.

Diante desse contexto e da necessidade de melhorar os indicadores de saúde dos países, a questão da formação e do trabalho no setor vem se tornando primordial no âmbito do Mercosul, servindo para nortear a plataforma de trabalho interinstitucional entre o Setor Educativo do Mercosul (SEM) e a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional do Subgrupo de Trabalho de Saúde, o SGT11, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde.

Nesse sentido, o Seminário, convocado pelos Ministérios da Educação e da Saúde do Paraguai, país que ocupa atualmente a Presidência Pro Tempore do bloco, buscou dar continuidade ao debate de metas de ação voltadas para os recursos humanos em saúde, por meio da ampliação das discussões voltadas para:

- A promoção do desenvolvimento de atividades que favoreçam a elaboração de mecanismos de fortalecimento da acreditação de carreiras prioritárias para a saúde;

- a formulação de mecanismos de homologação e revalidação de títulos profissionais;
- a definição de processos integrais para a aprovação e habilitação de novas carreiras na área da saúde; e
- o aprofundamento de conhecimentos sobre a situação da formação de técnicos em saúde.

Conferências e apresentações trazem subsídios para as discussões

Na cerimônia de abertura do evento, todos os membros da mesa foram unânimes em destacar a importância do encontro bem como a determinação e a responsabilidade de todos os presentes na realização dos objetivos propostos.

Duas conferências deram início à programação do evento. A primeira, proferida por Alberto Fernández Ajuria, da Escola Andaluza de Saúde Pública, tratou da experiência vivida pelos países da União Europeia ao longo do Processo de Bolonha, especialmente no que diz respeito à acreditação dos cursos e homologação de títulos. Na segunda, coube ao Secretário Executivo da **UNA-SUS**/Fiocruz, Francisco Eduardo de Campos, mostrar uma visão panorâmica da situação atual da formação de recursos humanos em saúde e do exercício profissional no Mercosul, apontando

A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) é um projeto do Ministério da Saúde do Brasil, que busca desenvolver condições para o estabelecimento de uma rede colaborativa de instituições de ensino superior, serviços de saúde e gestão do SUS, com o objetivo de atender às necessidades de formação e educação permanente dos trabalhadores do sistema. Dentre os objetivos específicos da UNA-SUS estão: a criação de um acervo público e colaborativo de materiais educacionais para a área da saúde, com vistas ao intercâmbio de informações acadêmicas dos alunos para certificação educacional compartilhada; a promoção da incorporação de novas tecnologias de informação e comunicação aos processos de educação em saúde; a oferta de apoio presencial aos processos de aprendizagem em saúde; a realização de cursos voltados para os trabalhadores da saúde adequados à realidade local, utilizando-se de interações presenciais e a distância, com vistas à capacitação em áreas estratégicas para o SUS.

A rede tem como membros instituições que desenvolvem programas de formação e qualificação para trabalhadores da saúde em áreas estratégicas para consolidação do SUS, assumindo a responsabilidade de atingir no mínimo mil profissionais e o compromisso de tornar público todo material didático produzido.

Mais informações: <http://portal.universidadeabertadosus.org.br>

os desafios que se apresentam para os sistemas de educação e saúde dos países do bloco.

Chamar atenção dos participantes para a importância do trabalho intersectorial na busca de soluções para a crise de recursos humanos que afeta os sistemas nacionais de saúde foi o objetivo de Rosa María Borrell Bentz, consultora de Recursos Humanos da OPS/OMS, que, partindo dos princípios e orientações do **Chamado à Ação de Toronto**, destacou a urgência da Saúde e da Educação trabalharem de forma articulada. Segundo ela, há muitas dificuldades a serem enfrentadas no desenrolar dessa interação, mas o contexto regional é favorável ao sucesso da empreitada.

Houve ainda apresentações sobre a situação da formação dos técnicos em saúde na Argentina, no Brasil, no Paraguai e no Uruguai e sobre os resultados da pesquisa 'Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no Mercosul', desenvolvida entre abril de 2007 e março 2009, por pesquisadores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). O estudo buscou mapear a área da formação técnica no Brasil – número de cursos (tipos e modalidades), habilitações profissionais e instituições formadoras –, incluindo também, em sua etapa internacional, um levantamento sobre as bases de organização da educação profissional em saúde e do trabalho em saúde nos demais países do bloco, além de uma análise sobre a questão no âmbito institucional do Mercosul.

Tendo por base a pesquisa brasileira, representantes da Argentina, do Paraguai e do Uruguai apresentaram projetos adaptados à sua própria realidade para dar continuidade, em âmbito nacional, à etapa de mapeamento e análise da área de formação de técnicos em saúde. Após a realização desses estudos, os resultados serão analisados em conjunto pelos países, incluindo o Brasil, como coordenador da pesquisa multicêntrica, e serão apresentados em 2012 no 2º Seminário Internacional sobre Formação dos Trabalhadores Técnicos em saúde no Mercosul.

Exemplo europeu pode nortear ações no Mercosul

Alberto Ajuria iniciou sua apresentação contando um pouco da história da formação da União Europeia, que funciona como uma democracia representativa, assentada sobre sete instituições: o Parlamento Europeu, o Conselho Europeu, o Conselho da União Europeia (o Conselho), a Comissão Europeia, o Tribunal de Justiça da União Europeia, o Tribunal de Contas e o Banco Central Europeu. Ele também falou sobre a competência da União para apoiar as ações dos Estados no que diz respeito à educação e à formação profissional, bem como para legislar sobre o seu mercado interno.

Ele apresentou diversos aspectos do Processo de Bolonha, um conjunto de iniciativas que visam à implementação das propostas constantes na Declaração de Bolonha, documento criado em 1999, ao qual já aderiram 47 estados europeus. Entre outras coisas, a Declaração estabeleceu a criação, até 2010, do Espaço Europeu de Ensino Superior (EEES), caracterizado pelo reconhecimento de qualificações, pela estrutura de titulações, pelo sistema de créditos, pelo programa de mobilidade, segundo o qual trabalhadores formados num país podem trabalhar em outro sem problema algum, pela garantia de qualidade e pela aprendizagem permanente.

Ajuria destacou a importância da acreditação para a promoção da excelência das instituições formadoras, para a garantia da qualidade da formação e para a implantação gradativa de uma cultura de avaliação e usou esse tema para mostrar de que forma os acordos internacionais acabaram influenciando as ações no âmbito dos países.

Os resultados finais do Seminário

Ao final dos dois dias de discussões, os membros do Mercosul Educativo e do SGT11 ratificaram a necessidade estratégica de trabalho cooperativo e se comprometeram a estabelecer uma agenda comum para dois grupos, sempre com vistas à realização dos objetivos estabelecidos: promover o desenvolvimento de atividades conjuntas no processo de acreditação de carreiras consideradas prioritárias para a área da saúde; incentivar a criação de mecanismos de análise e a efetivação de propostas sobre homologação e revalidação de títulos; estabelecer processos integrais para a habilitação de novas carreiras em saúde; e aumentar o conhecimento sobre a situação da formação de técnicos em saúde.

Nesse sentido, foram estabelecidas quatro atividades, cujo avanço é considerado fundamental para o desenrolar do trabalho: a formulação de um glossário de termos comuns entre Saúde e Educação; a elaboração de uma matriz de processos de homologação e revalidação dos títulos; a elaboração de uma matriz de problemas comuns entre as duas áreas; e a participação em uma oficina de avaliação do Sistema de Acreditação Regional de Cursos Universitários do Mercosul (Arcu-Sul), a ser convocada pela Comissão Regional Coordenadora de Educação Superior (CRC-ES). ✉



O Chamado à Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde (2006-15) reúne as discussões realizadas na VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em Toronto, Canadá, de 4 a 7 de outubro de 2005. O 'Chamado à Ação' visa mobilizar atores nacionais e internacionais, do setor saúde, de outros setores relevantes e da sociedade civil, para construir coletivamente políticas e intervenções para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, que apontem para as Metas de Desenvolvimento para o Milênio, para as prioridades nacionais de saúde e para o acesso aos serviços de saúde com qualidade para todos os povos das Américas até o ano de 2015.

Saúde e Educação: trabalho intersetorial ainda é um desafio

O que você destacaria de positivo nas discussões ocorridas em Assunção?

Em primeiro lugar, o reconhecimento pelo Mercosul da necessidade de um plano setorial para abordar os problemas de formação e exercício profissional dos trabalhadores de saúde. Os problemas do trabalho no setor não podem ser tratados de forma isolada da formação, uma vez que eles se condicionam mutuamente. Quando, no Subgrupo de Trabalho de Saúde (SGT11), discutimos a questão da harmonização das condições de habilitação profissional para facilitar a circulação de trabalhadores prevista para 2015, no marco de um mercado comum, podemos perceber que em todos os países do bloco a obtenção da matrícula profissional mantém uma estreita relação com as titulações e que, por sua vez, a obtenção dos títulos é regulada pelo setor educativo, com pouca participação do setor empregador, que é a saúde.

Ao mesmo tempo, o Mercosul Educativo, que vem trabalhando a questão da acreditação de carreiras em algumas universidades dos quatro países, já consegue reconhecer que para se formar numa universidade argentina, um médico passa por um processo equivalente ao vivenciado por seus colegas brasileiros. A questão é que, para que esse reconhecimento ultrapasse o contexto da Educação e possa chegar ao âmbito do exercício profissional, é necessária a intervenção da área da Saúde.

Em Assunção, conseguimos estabelecer a ampliação da pauta negociadora do SGT11, incorporando os profissionais técnicos, que foi discutida em uma reunião realizada em Porto Alegre, Brasil, no ano passado. Naquela ocasião, os representantes dos países concordaram em elaborar uma matriz para destacar a estrutura formativa e de trabalho dos técnicos de enfermagem, laboratório clínico, radiologia e hemoterapia. Esse é um grande desafio, pois como temos visto na RETS, a formação ocorre em contextos bem diversificados e é bastante heterogênea, ainda que, ao nos aproximarmos do âmbito do trabalho, seja possível encontrar os técnicos de cada uma das áreas executando funções similares. A pesquisa para elaboração dessa matriz, que será de muita utilidade, está ocorrendo nos quatro países do bloco.

Quais as grandes dificuldades que você prevê para que sejam cumpridos os compromissos assumidos ao final do Seminário?

Há uma questão relacionada à interação entre os setores. A construção desse diálogo é tão complexa que uma das primeiras propostas é a construção de um glossário comum entre Saúde e Educação. Os dois setores funcionam dentro de lógicas distintas e de tempos diferentes: na saúde estamos impregnados pela urgência, já a educação trabalha com processos de longo prazo. Nós, que trabalhamos na área de recursos humanos temos que aprender a articular essas duas lógicas. Um dos desafios, portanto, é um trabalho intersetorial no âmbito do Mercosul, quando essa mesma relação se encontra em graus diversos de avanço em cada um dos países. Na Argentina, por exemplo, estamos transitando por esse caminho, mas ainda falta muito a percorrer.

Outro problema tem a ver com a disponibilidade que as equipes nacionais têm para trabalhar nas propostas da agenda no período entre as reuniões. Ainda que os temas não sejam alheios às agendas dos países, sempre há aspectos que dependem de pesquisas e recursos adicionais.

Apesar de a reunião ter ocorrido no contexto do Mercosul, em que medida esses temas podem ser trabalhados no âmbito da RETS?

A RETS ocupa um lugar muito importante em todo o processo de visibilidade dos trabalhadores técnicos e é uma fonte de difusão e intercâmbio de informações. Ainda que essas discussões ocorram no âmbito do Mercosul, pelas particularidades do processo de integração, os demais países da América Latina também enfrentam dificuldades de reconhecimento da formação pelos outros países da região.

A revista tem publicado artigos que apresentam informações sobre a diversidade da formação de técnicos nos países membros da RETS. Quem sabe ela não pudesse contribuir com uma primeira sistematização ou a elaboração de uma matriz comparativa, que nos permita observar não só os itinerários de formação, mas também as incumbências dos técnicos e as exigências para a certificação. Embora seja de nosso conhecimento a existência da diversidade e a dificuldade de traduzir em uma síntese, seria um primeiro passo.

Outra possibilidade é tentar mapear, a partir da RETS, de que forma outras regiões têm enfrentado processos semelhantes. Por exemplo, que resultado os países europeus vêm tendo no reconhecimento das habilidades dos trabalhadores técnicos, quais dificuldades tem surgido durante o percurso e de que maneira elas são solucionadas.

*Isabel Duré é diretora Nacional de Capital Humano e Saúde Ocupacional do Ministério da Saúde da Argentina e ponto focal da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional do Subgrupo de Trabalho de Saúde, o SGT11, do Mercosul.

Iniciativa da OMS para a expansão da educação dos profissionais de saúde

Em março deste ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou uma pequena publicação de apenas 20 páginas para tornar público o trabalho que vem sendo realizado no âmbito da 'Iniciativa para a expansão transformadora da educação profissional em saúde' para a definição de orientações políticas e técnicas que visam ao aprimoramento da educação dos profissionais de saúde.

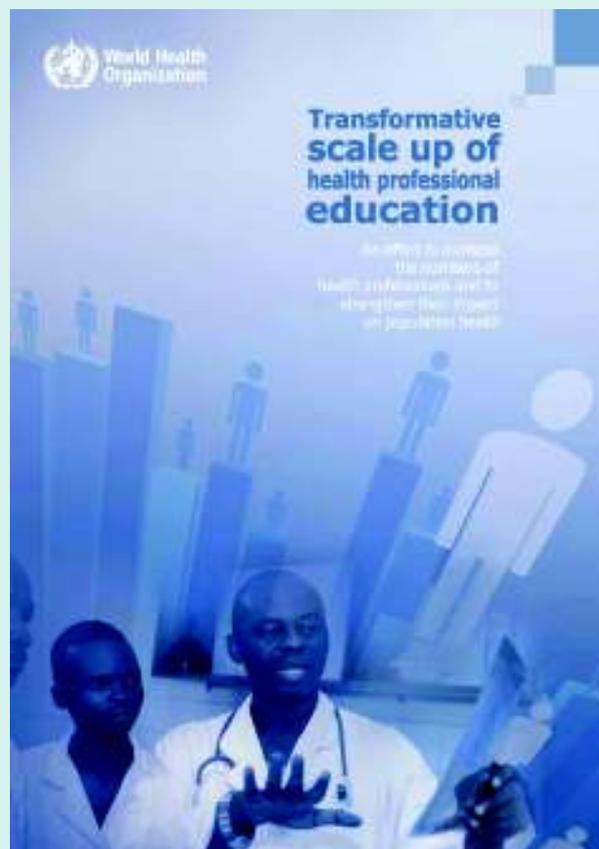
Centrada nas necessidades de saúde das pessoas, a 'expansão transformadora' envolve a reforma simultânea dos sistemas de ensino e de saúde com vistas ao aumento da quantidade, da qualidade e da relevância dos trabalhadores da saúde e, conseqüentemente, à ampliação do acesso da população aos serviços e à obtenção de melhores resultados nacionais de saúde.

A idéia de divulgar o trabalho que está sendo realizado visa estabelecer um envolvimento ativo de novos atores com as mudanças propostas, uma vez que é impossível operar mudanças tão profundas sem que haja compromisso por parte dos interessados. A elaboração das diretrizes políticas para a expansão da educação dos profissionais de saúde visa fornecer a governos e movimentos sociais ferramentas técnicas capazes de ajudar a converter ideais em ações concretas e bem fundamentadas.

Força de trabalho em saúde: é preciso superar a crise

A questão da força de trabalho em saúde começou a ganhar visibilidade a partir de 2006, quando virou tema do Relatório Mundial Saúde. Naquela época, foram identificados 57 países com menos de 23 profissionais de saúde – médicos, enfermeiros e obstetras – para cada 10 mil habitantes, o mínimo requerido para se conseguir atender as necessidades básicas de saúde da população. Em 2008, no Primeiro Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde, realizado em Kampala, Uganda, vários apelos foram feitos para que fosse implementado um processo urgente de fortalecimento da força de trabalho em saúde nesses países, todos sob forte ameaça de não conseguirem atingir suas metas de saúde nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, por conta da falta de profissionais de saúde. O reconhecimento definitivo da importância desses trabalhadores pelos organismos internacionais ocorreu em 2010, quando o secretário geral da Organização das Nações Unidas (ONU), Ban Ki-moon, ao lançar a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres e das Crianças, destacou a necessidade de se estabelecerem sistemas de saúde fortes, cujas bases estejam assentadas numa força de trabalho bem qualificada e de tamanho adequado.

Esse contexto acabou por estabelecer a questão dos recursos humanos como uma das prioridades da OMS, que tem buscado, entre outras coisas, promover a aderência dos países ao Código Global de Práticas sobre o Recrutamento Internacional de Pessoal de Saúde; apoiar os países na implementação de diretrizes para o aumento do acesso da população de áreas remotas e rurais a trabalhadores de saúde, bem como na retenção desses profissionais em seus postos de trabalho; dar suporte aos observatórios regionais e nacionais no compartilhamento de experiências e conhecimentos que possam subsidiar a tomada de decisões baseada em evidências; e ajudar os países na implementação das diretrizes sobre o trabalho em equipe, a fim de que o trabalho realizado pelos agentes



comunitários e técnicos em saúde seja mais valorizado no âmbito do sistema.

No que diz respeito específico à formação dos trabalhadores da saúde, a OMS vem desenvolvendo, com apoio do Pefpar [Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Redução da Aids] a 'Iniciativa para a expansão transformadora da educação profissional em saúde', cujo objetivo final é apoiar e promover o aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de saúde, de modo que eles atendam as necessidades dos indivíduos e das populações de forma equitativa e eficiente, a partir de melhorias na formação da força de trabalho para o setor.

Um longo processo em busca do consenso e da adesão

Toda vez que os Estados membros, instituições parceiras e outras partes interessadas solicitam que a OMS desenvolva orientações técnicas e políticas sobre um determinado tema, tem início um trabalho realizado em diversas etapas: consulta, coleta de evidências, análise e construção de consenso. Após a definição das diretrizes a serem estabelecidas, cabe à OMS apoiar os países que optam por implementá-las, bem como participar dos

processos de acompanhamento e avaliação do processo de implementação.

Para o estabelecimento de diretrizes que buscam melhorar a qualidade da formação profissional em saúde, o trabalho começou em 2009, com uma ampla consulta que envolveu representantes dos principais grupos interessados – médicos, enfermeiros, parteiras, usuários do serviço, gestores, formuladores de políticas e parceiros do desenvolvimento, entre outros. Em 2010, foram realizadas duas reuniões técnicas dos Grupos de Referência, cujos relatórios estão disponíveis no *site* da 'Iniciativa' (<http://www.who.int/hrh/education/initiatives>). No início deste ano, foi formado um grupo responsável pela avaliação das evidências reunidas e pelo desenvolvimento de um projeto inicial de recomendações, as quais são compartilhadas repetidamente com os Grupos Técnicos de Referência para a inserção de sugestões adicionais e busca de consenso.

Esse conjunto de orientações, voltado basicamente para a formação dos profissionais de nível superior universitário, será o primeiro de uma série, cujo objetivo é promover a expansão transformadora da educação de uma gama completa de trabalhadores de saúde, incluindo os agentes comunitários e os quadros de nível médio.

Quantidade, qualidade e relevância

De acordo com a OMS, formar mais médicos, enfermeiros, obstetras e outros profissionais de saúde é urgente e essencial. Isso, no entanto, não é suficiente. Qualquer tentativa de superar a crise atual deve considerar fundamentalmente três dimensões do problema: a quantidade, a qualidade e a relevância da força de trabalho em saúde.

No que diz respeito à quantidade é preciso superar a escassez mundial de profissionais de saúde, que é mais grave nos países de média e baixa renda. Segundo a OMS há cerca de 230 médicos por 100 mil pessoas nos Estados Unidos, mas apenas 1,1 no Malawi. Em termos globais, a África subsaariana é a região do mundo que tem a menor proporção de profissionais de saúde por habitantes – cerca de um para cada mil pessoas –, apesar de apresentar a maior carga de doenças. No âmbito dos países, a situação não

é muito diferente. Na África do Sul, por exemplo, as áreas rurais abrigam 46% da população, mas apenas 12% dos médicos e 19% dos enfermeiros.

Condições precárias de trabalho e baixa remuneração também dificultam a permanência dos profissionais em seus postos de trabalho e acabam estimulando a busca por empregos no exterior. Além disso, muitos sistemas nacionais de saúde não conseguem aproveitar os profissionais que se formam no país por falta de recursos financeiros para contratá-los e apoiá-los. A pouca capacidade de formação de novos profissionais de saúde nos países mais pobres e os baixos investimentos destinados à educação desses trabalhadores – menos de 2% das despesas totais com a saúde global – também são questões que precisam ser consideradas.

O problema, no entanto, não será resolvido apenas com o aumento da quantidade de profissionais disponíveis. Também é preciso que esses trabalhadores sejam tecnicamente competentes e capazes de trabalhar em equipe, adaptando suas práticas a ambientes que se transformam continuamente ou implementando mudanças onde e quando elas forem necessárias. Para que isso ocorra, no entanto, as instituições de ensino devem ter infraestrutura e equipamentos adequados, professores em quantidade suficiente, métodos de ensino mais condizentes com a realidade da saúde e conteúdos menos estáticos e fragmentados. É necessário regulamentar a formação e criar e padronizar mecanismos que assegurem a qualidade da educação, especialmente no setor privado. Não é mais possível, segundo a OMS, conviver com situações semelhantes a das Filipinas, onde menos de 40% dos quase 95 mil graduados em enfermagem foram aprovados em exames de exercício profissional.

Para a OMS, não há dúvidas de que mesmo os profissionais de saúde bem formados podem estar mal preparados para enfrentar os desafios aos quais são submetidos em seu cotidiano de trabalho. Para que isso não ocorra é necessário que ao conteúdo científico de seu processo formativo sejam acrescentadas informações referentes à realidade de saúde de seu país e de sua localidade. Não é compreensível, por exemplo, que, em países nos quais a maioria da população tem acesso ao nível primário do sistema e ape-

nas uma pequena parcela receba atendimento nos níveis mais complexos, sejam formados muito mais especialistas do que clínicos gerais. A reorientação da educação de profissionais de em saúde, portanto, não deve contemplar apenas a qualidade, mas buscar um equilíbrio adequado entre a excelência global e a relevância local.

Outro aspecto que, segundo a OMS, deve ser considerado é que profissionais de saúde que não representam a população em termos de língua, etnia ou outros fatores sociais e demográficos têm mais dificuldade para compreender e responder às necessidades específicas das comunidades. É recomendável, portanto, que sejam criadas oportunidades de recrutamento para alunos que tradicionalmente, por falta de recursos próprios, tenham mais dificuldades de frequentar os cursos de formação em saúde.

Mudanças dependem de trabalho intersetorial

De acordo com a OMS, fica muito claro que na raiz da crise atual está a dissociação estrutural entre os sistemas de educação e saúde, gerando uma enorme distorção entre as necessidades dos sistemas nacionais de saúde e as características dos egressos dos cursos de formação para o setor. No âmbito governamental, buscar um maior alinhamento entre as instituições de educação e saúde em todos os níveis é fundamental, mas também é preciso contar com a participação dos setores de finanças e trabalho. O processo deve agregar ainda as diversas associações profissionais e os órgãos que desempenham funções de regulação e de avaliação de qualidade, bem como representantes das instituições privadas, de fins lucrativos ou não, especialmente nos países em que elas têm presença significativa na prestação de serviços de educação e saúde.

E se o esforço visa a uma expansão qualitativa da educação dos profissionais de saúde, com vistas ao fortalecimento dos sistemas de atenção, é imprescindível que envolva a população, como usuária desse sistema, e receba ainda apoio político e suporte financeiro da comunidade internacional. 📌

RETS-Unasul, RESP e RINS, três redes e um só objetivo: fortalecer a educação dos trabalhadores da saúde na América do Sul

Em uma reunião, realizada em Assunção, Paraguai, nos dias 30 e 31 de março e 1º de abril deste ano, representantes dos países membros da União das Nações Sul-Americanas (Unasul) assinaram a ata de criação da mais nova Rede criada no âmbito da organização: a Rede de Escola de Saúde Pública (RESP), que vem se juntar as já existentes Rede de Escolas Técnicas (RETS-Unasul) e Rede de Institutos Nacionais de Saúde (RINS). Participaram da reunião delegações da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai.

A coordenação da RESP foi entregue ao Ministério da Saúde do Paraguai, por meio da Direção Nacional Estratégica de Recursos Humanos em Saúde, ficando o Ministério da Saúde do Uruguai com a coordenação alterna. A Secretaria Executiva da nova rede funcionará no Brasil, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). A criação da RESP, bem como da RETS-Unasul e da RINS, atende a instrução para criação de redes de

instituições estruturantes dos sistemas nacionais de saúde, expressa na Resolução 07/09 da 3ª Reunião Extraordinária do Conselho, realizada em novembro de 2009, em Guayaquil, Equador.

Instituições que têm capacidade de contribuir para o desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde de forma efetiva, eficiente e sustentável ou de formar profissionais de saúde e gerir os conhecimentos que facilitam a tomada de decisões no interior dos sistemas de saúde.

Formação da força de trabalho em saúde é prioridade para a Unasul

A idéia de criação da Unasul aparece inicialmente na Declaração de Cuzco, assinada, em dezembro de 2004, durante a III Reunião de Presidentes da América do Sul. No entanto, apenas em maio de 2008, durante uma reunião de Chefes de Estado e de Governo em Brasília, capital do Brasil, a Unasul foi formalmente estabelecida, com o objetivo de “construir, de maneira participativa e consensuada, um espaço de integração e união no âmbito cultural, social, econômico e político entre seus povos, priorizando o diálogo político, as políticas sociais, a educação, a energia, a infra-estrutura, o financiamento e o meio ambiente, entre outros, com vistas a eliminar a desigualdade socioeconômica, alcançar a inclusão social e a participação cidadã, fortalecer a democracia e reduzir as assimetrias no marco do fortalecimento da soberania e independência dos Estados”.

Em dezembro do mesmo ano, para facilitar a adoção de medidas conjuntas para a área da saúde, foi criado o Conselho de Saúde Sul-Americano (Unasul-Saúde), formado pelos ministros do setor. Na mesma ocasião, os Chefes de Estado e de Governo definiram a Agenda Sul-Americana de Saúde, baseada em cinco eixos prioritários: (1) estabelecimento de um escudo epidemiológico sul-americano; (2) desenvolvimento de sistemas de saúde universais e equitativos; (3) acesso universal a medicamentos e outros insumos para a saúde; (4) promoção da saúde e enfrentamento, de forma conjunta, de seus determinantes sociais; e (5) fortalecimento da formação e da gestão de recursos humanos em saúde. Também foram estabelecidos Grupos Técnicos (GTs) responsáveis pelas atividades de cada um dos eixos, dentre os quais, o Grupo Técnico de Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos (GTRRHU – Unasul).

RESP: primeiro passo é mapear a situação das Escolas de Saúde Pública

De acordo com a Declaração de Assunção, documento final da reunião, a criação da RESP está pautada na necessidade de fortalecimento e consolidação da Unasul como um espaço de integração em saúde, que possa reunir os esforços e realizações dos diferentes ambientes sub-regionais e regionais em busca de uma melhor qualidade de vida para a população, da equidade no acesso à saúde, do desenvolvimento dos sistemas de

saúde e da promoção de políticas e objetivos comuns entre os países membros.

Nesse sentido, o documento reitera o compromisso da Rede com a melhora das condições de saúde da população sul-americana como um todo e em cada um dos países, contribuindo para a redução das iniquidades em saúde, para o desenvolvimento dos sistemas nacionais de atenção e para a efetivação do Plano Quinquenal 2011-2015 da Unasul-Saúde.

Os signatários da Declaração também reafirmaram a responsabilidade da RESP com a formação de trabalhadores

por parte das Escolas de Saúde Pública ou outros espaços de formação para os sistemas de saúde da região, com a produção e gestão do conhecimento e com o apoio e realização da pesquisa científica oportuna. No âmbito da Rede, o primeiro objetivo estratégico estabelecido é o mapeamento e diagnóstico das escolas de saúde pública da região.

Durante o evento, o Vice-Ministro de Saúde do Paraguai, Edgar Gimenez, afirmou que o grande desafio para a RESP é promover um processo de integração altamente funcional e com um impacto mensurável. Segundo ele, a rede deve se sustentar nos pilares da ética, da política e da técnica, levando sempre em consideração a identidade de cada país, a relevância e a busca da excelência da Rede.

Ao final da reunião, Gimenez ressaltou que a criação da RESP tende a favorecer o surgimento de um ambiente propício ao intercâmbio de professores, estudantes, informações e ferramentas, bem como a inclusão das tecnologia da informação e da comunicação virtual para promover a saúde pública.

RINS: apoio e trabalho conjunto com as outras redes da Unasul

A 1ª Reunião dos Institutos Nacionais de Saúde das Nações Sul-Americanas foi realizada nos dias 9,10 e 11 de março de 2010, em Lima, Peru, com participação de representantes de instituições da Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Suriname e Venezuela, bem como de várias organizações internacionais, como Opas/OMS, Organismo Andino de Saúde – Convênio Hipólito Unanue (Oras-Conhu), Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA), Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde (IANPHI), Rede Andina de Institutos de Saúde (RAIS) e Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (Usaid). Além disso, estavam presentes profissionais do Ministério das Relações Exteriores do Peru e membros do Grupo Técnico de Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos da Unasul-Saúde.

Na reunião foi constituída a Rede de Institutos Nacionais de Saúde na América do Sul (RINS) como uma estratégia para o fortalecimento dos próprios institutos e seu pleno desenvolvimento como instituições estruturantes dos sistemas nacionais de saúde, bem como para facilitar a elaboração de processos integrados para a solução dos problemas de saúde do continente sul-americano. Na ocasião, os Institutos Nacionais de Saúde assumiram um compromisso público com a implementação da RINS e com o desenvolvimento dos objetivos expressos no Plano Quinquenal da Unasul-Saúde, por meio da realização de seu próprio Plano Quinquenal (PQ-RINS), cuja versão preliminar seria apresentada até setembro de 2010. A Coordenação Geral da RINS será exercida pelo Instituto Nacional de Salud do Peru e a Secretaria Executiva funcionará na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por um período de dois anos.

Integram a RINS-Unasul instituições públicas dos Ministérios de Saúde dos Estados Membros, que cumprem um papel estratégico para os sistemas de saúde, nas áreas de: pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde; vigilância em saúde: epidemiológica, sanitária e ambiental; educação e capacitação de trabalhadores para o setor; controle de qualidade de medicamentos e outros insumos e produtos de saúde; diagnóstico laboratorial de referência; produção de insumos estratégicos para a saúde; preservação do patrimônio biológico ou cultural de saúde; informação e comunicação em saúde; regulação da pesquisa em saúde, promoção da saúde e atenção de referência, entre outros.

O PQ-RINS foi construído com base nos cinco eixos da Agenda de Saúde da Unasul. No que se refere ao item 5 – recursos humanos –, o objetivo estratégico da RINS é educar e capacitar trabalhadores de saúde da região. O item engloba dois macroprojetos: o Plano Regional de Educação e Capacitação em Saúde, a ser desenvolvido de forma articulada com o **Instituto Sul-Americano de Governo de Saúde** (Isags) e com as demais Redes da Unasul; e o estímulo à criação de publicações científicas de saúde de âmbito editorial regional. A ideia é desenvolver ações de cooperação para a criação e fortalecimento de Escolas de Saúde Pública e de Escolas Técnicas de

Órgão público plurinacional e pertencente aos governos signatários da Unasul. Ficará sediado no Rio de Janeiro, Brasil, e seu objetivo é desenvolver recursos humanos estratégicos e de liderança na área da saúde, bem como para promover a governança dos sistemas de saúde dos países membros.



Saúde e de suas respectivas redes no âmbito da Unasul, bem como estabelecer um plano regional de pós-graduação em áreas estratégicas para os Sistemas de Saúde e de Ciência e Tecnologia em Saúde.

RETS-Unasul: uma sub-rede da RETS

A Rede de Escolas Técnicas da Unasul (RETS-Unasul) foi oficialmente criada durante a 2ª Reunião Geral da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS), realizada nos dias 9, 10 e 11 de dezembro de 2009, no Rio de Janeiro, com a presença de representantes de instituições da Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Suriname e Uruguai, bem como da Opas/OMS. A RETS-Unasul foi conformada como uma rede de intercâmbio institucional articulada à RETS, sendo coordenada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

A RETS-Unasul é composta pelos órgãos de governo responsáveis pela formulação de políticas de educação de técnicos na área da saúde e pelas instituições de ensino que executam programas de formação de trabalhadores técnicos na área da saúde, indicadas pelos Ministérios de Saúde dos Estados membros da Unasul. Seu objetivo geral é fortalecer a área de formação dos trabalhadores técnicos em saúde nos países da América do Sul, por meio do intercâmbio de experiências e desenvolvimento de cooperações técnicas que visem ampliar e aprimorar as atividades de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, sempre com vistas à melhoria dos sistemas nacionais de saúde de forma a adequá-los às necessidades de suas populações.

Com esse objetivo, as instituições se comprometem a:

- manter articulações com as contrapartes de recursos humanos dos Estados membros, para garantir a convergência das ações no âmbito da formação de técnicos em saúde;
- promover a cooperação técnica entre seus pares e com os demais órgãos de serviço, ensino, pesquisa e afins; e
- desenvolver e manter sistemas de monitoração da força de trabalho e a formação dos trabalhadores técnicos.

De acordo com o Plano de Trabalho estabelecido para a RETS-Unasul, são quatro os objetivos específicos da rede:

1. Monitorar e sistematizar, permanentemente, as informações relacionadas à área de formação dos trabalhadores técnicos da Saúde e à sua interface com a organização do trabalho em saúde, de forma a facilitar a identificação de tendências e necessidades educacionais e permitir o apoio à definição de políticas públicas para a área;
2. Promover a cooperação técnico-científica entre as instituições membros para a elaboração de propostas educacionais, projetos de currículos, cursos, material didático, metodologias e formação docente em áreas consideradas prioritárias, buscando alternativas e experiências que possam ser compartilhadas;
3. Desenvolver mecanismos que facilitem a produção, a divulgação e a sistematização de informação e comunicação sobre a área de educação de técnicos em saúde entre os integrantes da rede; e
4. Fomentar o desenvolvimento de pesquisas entre as instituições membro na interface das áreas de Saúde, Educação e Trabalho, que permita ampliar e fortalecer as suas atividades de ensino e cooperação técnica.

A criação da RETS-Unasul e da RINS foram oficialmente reconhecidas durante a 2ª Reunião Ordinária do Conselho de Saúde Sul Americano (Unasul-Saúde), realizada nos dias 29 e 30 de abril de 2010, em Cuenca, Equador. ☒

Lançado oficialmente o núcleo Paraguai do CVSP

No dia 3 de maio, foi realizada uma cerimônia oficial pelo lançamento do Campus Virtual de Saúde Pública do Paraguai (CVSP-Paraguai) – uma rede para criar, compartilhar e colaborar nos processos educativos de Saúde Pública. O evento contou com a presença de autoridades e funcionários do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social (MPSyBS), além de técnicos da Opas/OMS. Na página do CVSP-Paraguai (<http://portal.campusvirtualsp.org> > Paraguai), serão divulgadas notícias de interesse para profissionais e alunos da área e informações sobre pesquisas, eventos e programas acadêmicos das principais instituições de formação no país.

O Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP) é uma rede de pessoas e instituições cujo propósito é facilitar a gestão da informação e da comunicação para o aprimoramento da formação individual e desenvolvimento de capacidades institucionais em saúde pública. Fruto de uma parceria entre a OPAS e os países da região, o CVSP é um espaço de cooperação interdisciplinar no campo de formação, um espaço comunicacional e de aprendizagem que possibilita:

- A gestão do conhecimento atual disponível a fim de incorporar e manter atualizados os programas de educação permanente em saúde;
- A troca de informações sobre princípios, métodos, esquemas operacionais e lições aprendidas nas experiências regionais, sub-regionais, nacionais e institucionais;
- A promoção e o apoio a estratégias alternativas de cooperação em rede, regionais, sub-regionais, nacionais e institucionais
- A validação e a aquisição de experiência em iniciativas de ensino, serviços e pesquisa construídas em diferentes níveis;
- A identificação de novos recursos e espaços internacionais e nacionais de cooperação técnica.

Com o lançamento, ao CVSP Regional, juntam-se outros 10 núcleos: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, México, Paraguai, Peru e Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).

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.



www.rets.epsjv.fiocruz.br

twitter: @rets_epsjv