

REVISTA

Ano 4 - nº 15 - jan./fev./mar. 2013

RETS

Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde

Impresso
Especial
9912213586 DR/RJ
Fundação
Oswaldo Cruz
CORREIOS

Cooperação internacional: Angola, Japão e Brasil juntos na formação de recursos humanos em saúde



SUMÁRIO

2

ENTREVISTA

Carlos Einisman, da AATMN, fala sobre os técnicos de saúde na Argentina

4

SAÚDE GLOBAL

Opas/OMS tem nova diretora

5

FIQUE DE OLHO

Novidades sobre instituições e lançamento de livro

6

CAPA

Proforsa, um projeto para Angola

10

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS

Argentina utiliza cultura como estratégia de saúde

12

EVENTOS

III Fórum Global de RHS

14

TÉCNICOS EM SAÚDE NO MUNDO

Uruguai (parte 1)

Ainda que a cooperação bilateral Sul-Sul seja considerada prioritária para o Brasil, o país mantém atualmente diversos programas e projetos de cooperação técnica triangular com países ou com organismos internacionais. Essas parcerias, que podem envolver organismos internacionais ou países, representam um arranjo alternativo e complementar aos esforços bilaterais e se baseiam, entre outros, nos seguintes parâmetros: atuação por demanda (*demand-driven*); intercâmbio de tecnologia e conhecimento sem impor condicionalidades; e reprodução de boas práticas a serem transferidas e adaptadas à realidade de cada país. A cooperação Sul-Sul (CSS) triangular do Brasil ocorre por meio de projetos ou programas temáticos focados no treinamento e na assessoria técnica, por vezes combinados à construção de infraestruturas em pequena escala e à provisão de equipamentos indispensáveis à realização das atividades. A matéria de capa desta edição da Revista RETS é sobre um desses projetos – o Proforsa – que reúne o Brasil, o Japão e Angola, em iniciativas que buscam fortalecer o sistema de saúde do país africano, por meio de ações estruturantes, dentre as quais a formação de recursos humanos para o setor.

Além disso, a revista retoma a discussão sobre a “invisibilidade” dos técnicos em saúde, por meio de uma entrevista com Carlos Einsmann, presidente da Associação Argentina de Técnicos em Medicina Nuclear (AATMN), cuja apresentação recente no II Seminário Internacional Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mer-

cosul pode ser vista na área de ‘arquivo de eventos’ do website da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).

Na seção ‘Técnicos em saúde no mundo’, o país da vez é o Uruguai. Para completar, uma bela experiência de formação, que tem a cultura como base e as manifestações artísticas como expressão, desenvolvida pelo Ministério da Saúde da Província de Buenos Aires, na Argentina; os preparativos para o Terceiro Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde, a ser realizado no Brasil, em novembro deste ano; e a posse da nova diretora da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), Carissa Etienne, que em seu discurso destacou a importância da cooperação e da troca de experiências e conhecimentos entre os países da Região.

Boa leitura!
Secretaria Executiva

EXPEDIENTE

Ano 4 – N° 15 – jan./fev./mar. 2013
A Revista RETS é uma publicação trimestral editada pela Secretaria Executiva da Rede Internacional de Educação de Técnicos Saúde.
E-mail: rets@epsjv.fiocruz.br

CONSELHO EDITORIAL

Carlos Planel
(EUTM/UdelaR – Uruguai)
César Alfaro Redondo
(ETS-UCR – Costa Rica)
Carlos Einisman
(AATMN – Argentina)
Elba Oliveira
(ENS-La Paz – Bolívia)
Isabel Araújo
(UniCV – Cabo Verde)

REVISTA RETS

Ana Beatriz de Noronha
MTB25014/RJ (editora)
Elisandra Galvão (jornalista)

Michele Corrêa (estagiária de jornalismo)
Marcelo Paixão (designer)
Zé Luiz Fonseca (designer)
Maycon Gomes
(estagiário de diagramação)

TRADUÇÃO

Atelier das Letras (Juana Portugal)

TIRAGEM

2 mil exemplares

IMPRESSÃO

J. Sholna

SECRETARIA EXECUTIVA DA RETS

Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio

Mauro de Lima Gomes (diretor)

COORDENAÇÃO DE COOPERAÇÃO

INTERNACIONAL

Grácia Maria de Miranda Gondim
(coordenadora)

Ana Beatriz de Noronha
Anamaria D’Andrea Corbo
Carolina Viana Dantas
Elisandra Galvão
Kelly Robert
Michele Corrêa

ENDEREÇO

Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio
Av. Brasil, 4365 - Manginhos -
Rio de Janeiro - RJ - 21040-360
Telefones: 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

Carlos Einisman

“A invisibilidade dos técnicos da saúde é um caso particular de um fenômeno muito mais amplo”

Por Elisandra Galvão



Andrea Siffredi

O argentino Carlos Einisman é presidente da Associação Argentina de Técnicos em Medicina Nuclear (AATMN). Começou sua formação como técnico em medicina nuclear em 1981, na Comissão Nacional de Energia Atômica (CNEA) e atualmente está finalizando a Licenciatura em Diagnóstico por Imagens, com ênfase em medicina nuclear, na Universidade Nacional de São Martín (UNSAM). Em entrevista à Revista RETS, ele fala sobre a situação dos técnicos e a invisibilidade do trabalho técnico em saúde em seu país.

Mercosul. Nossa reflexão foi feita a partir da invisibilidade do trabalho técnico em saúde, não por ser excluído de outras situações, mas porque consideramos que é o eixo que sustenta, estrutura e organiza as ideias e práticas com as quais convivemos cotidianamente.

Quais são os desafios da formação neste campo?

Podemos destacar dois: um urgente e outro importante. O urgente é a normatização e organização do campo formativo. É uma primeira etapa chave para garantir uma base curricular e atividades homogêneas em todo o país. Essa tarefa continua sendo realizada, em nível nacional, pela Comissão Interministerial Saúde – Educação, desde 2003.

O que identifico como importante na formação dos TS refere-se às ideias e valores que são transmitidos nessa etapa chave da vida. As que estão relacionadas, por exemplo, com o papel do TS e seu lugar na equipe de saúde. Porque essas ideias são as que determinam o modo como serão aplicados os conhecimentos adquiridos, as futuras necessidades de capacitação e o horizonte de desenvolvimento profissional dos TS. Em alguns países da nossa região, a ideia do caráter subsidiário ou paramédico dos TS fundamenta sua escassa preparação acadêmica e vice-versa. São dogmas que não são apresentados como tais, mas sim como um certo “senso comum e dominante” instalado e validado pelo costume.

Qual é a situação dos técnicos em saúde (TS) hoje na Argentina?

Nós, trabalhadores argentinos, continuamos no processo de recuperação depois da desastrosa onda neoliberal nos anos de 1990. Podemos resumir-lo como uma luta renovada pelos direitos para todos versus privilégios para muito poucos. As redes comunitárias e sociais que permitem a apropriação desses direitos, de forma a garantir sua ampliação e consolidação estão sendo reconstruídas. Nesta última década, progredimos especialmente no que tange às possibilidades de acesso à educação, à formação profissional e aos cenários de negociação de salários e condições de trabalho que resultem em uma mobilidade social e laboral ascendente.

Para os trabalhadores da saúde, a situação atual é fragmentada e justaposta, como o próprio sistema de saúde argentino, onde convivem o setor público, o privado e a seguridade social. As relações laborais, as formas de contratação e as condições de trabalho são muito diferentes em cada um deles, caracterizadas pelo sentido que organiza a atividade do subsetor: seja o lucro no âmbito privado; a atenção aos filiados na seguridade social ou as complexas condições de acesso ao exercício de um direito constitucional no âmbito público, como é o direito à saúde. Outra das nefastas sequelas do neoliberalismo foi incapacitar o Estado no exercício do controle efetivo das condições de trabalho e exercício profissional, razão pela qual ainda subsistem práticas e condições de trabalho irregulares no campo da saúde.

Dentro da equipe de saúde, a situação dos TS na Argentina é a mesma que se repete em outros países da região e que debatemos em 2008 e 2012, na ocasião das duas edições do Seminário Internacional Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no

Como são garantidos os direitos dos técnicos em saúde?

Estamos amparados pelas leis trabalhistas que abrangem os trabalhadores em geral e pelos convênios coletivos sindicais. Algumas especialidades técnicas em saúde têm seus direitos protegidos em algumas províncias, mas não existe ainda uma lei nacional de exercício profissional dos TS a qual possam aderir todas as províncias argentinas. Essa é uma tarefa pendente.

Que aspectos observou ao escrever o artigo *Siluetas do invisível: os técnicos de saúde na Argentina*?

Em 2006, consultei os representantes das distintas associações argentinas de TS para contabilizar o número de colegas em cada especialidade técnica. O resultado dessa contagem informal multiplicava em várias vezes o número oficial. Isso me conduziu a aprofundar a questão comparando diferentes documentos de referência nacionais e regionais, o que começou a colocar em números e em palavras algo que até aquele momento era uma impressão, uma sensação compartilhada que formava parte de um desconfortável e mal aceito status quo: a invisibilidade do trabalho técnico em saúde na Argentina.

Você define o TS como “o Profissional de Saúde responsável por processos tecnológicos específicos que trabalha garantindo a qualidade dos procedimentos”. A definição está consensuada na Argentina ou no Mercosul?

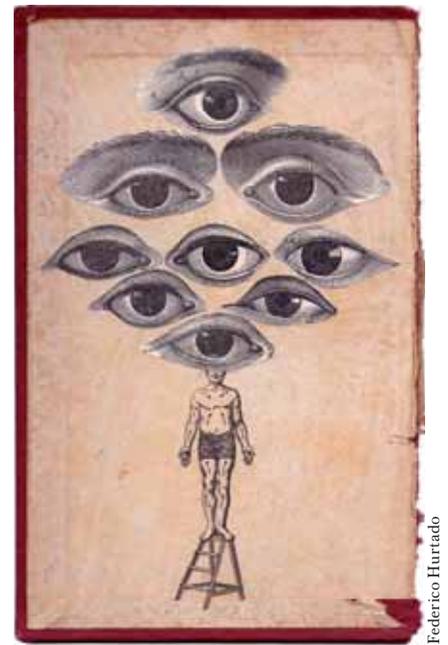
Dadas as nossas realidades diversas e dispersas, essa definição é ao mesmo tempo descrição e aspiração, mas sua discussão coletiva está pendente. Entretanto, foi apresentada em múltiplos fóruns nacionais e regionais, sem objeções de que possa me lembrar. A próxima reunião da RETS poderia ser um excelente espaço para iniciar esse debate!

Qual é a origem do termo “trabalhadores invisíveis”? Quem são eles?

A invisibilidade dos TS é um caso particular de um fenômeno muito mais amplo. No século 20, a partir da sociologia foram habilitando-se espaços para o reconhecimento desta situação em relação a distintos grupos: mulheres; povos originários, imigrantes; minorias religiosas; orientações sexuais diversas, etc. Alguns desses grupos não são minoria numérica em absoluto, são minoria simbólica. As mulheres, por exemplo, são maioria na população mundial, mas seu acesso aos direitos civis, políticos, etc. é um processo recente, lento e inconcluso. Os processos de visibilidade são possíveis na medida em que as posições de referência que funcionaram como modelos sociais foram sendo revisadas: o *pater familias* e seus derivados. Poderíamos dizer que um novo fantasma percorre o mundo, junto com tantos outros. Esse fantasma é o da visibilidade total. E essa noção se instalou como necessidade, como um imperativo da época. Os TS também encontram aqui a oportunidade de colocar uma situação que, embora tenha séculos de vigência, demonstra já sua data de expiração. Mas essa visibilidade implicará novos desafios na formação e nas condições de exercício profissional que ainda não estão suficientemente discutidas nem com os outros atores, nem dentro da nossa própria comunidade.

No seu artigo *Ecos de una silente decisión: Cambios en la visibilidad de los Técnicos de la Salud en la Argentina (2008-2012)*, você afirma que existe omissão dos técnicos em saúde como parte da equipe nesta área. Por que isto acontece?

A invisibilidade do trabalho técnico em saúde, longe de ser uma categoria abstrata das ciências humanas ou sociais, atravessa e estrutura valores e crenças que são aprendidas nas aulas e sustentadas nos laboratórios e nos serviços de saúde. Determina o alcance e o limite dessa tarefa e desses trabalhadores com relação a seu desenvolvimento profissional, e instala uma brecha entre a realidade laboral cotidiana e os espaços de reconhecimento formal. Entre o que realmente fazemos e o que se supõe que façamos, ou poderíamos fazer. Essa invisibilidade não apenas corrobora as condições para a subestimação numérica e simbólica, mas afeta direta e negativamente as condições de vida e trabalho dos TS. Nesse texto, coloquei que não



Federico Hurrado

nos consta que essa decisão fosse proposital, mas que a instalação da invisibilidade dos TS parece mais uma ação por omissão. Entretanto, continua plenamente vigente em seu sentido e em seus efeitos. Sobre os motivos disto, respondo parafraseando Borges, que falou alguma vez: “As razões são falíveis. Os fatos, não”. A pesquisa das causas ou da origem está enquadrada no que denominei nesse texto como trabalhos de contextualização. Esses estudos são necessários, mas não suficientes para dissolver o núcleo simbólico do problema e permitir transformar a realidade.

Qual é a contribuição das novas tecnologias de diagnóstico e tratamento para o trabalho dos TS?

Sendo tantas e tão diversas as especialidades técnicas em saúde, o impacto das novas tecnologias é muito heterogêneo. Está relacionado com a qualidade e alcance da formação recebida. Uma formação meramente instrumental condiciona e limita o trabalhador a operar certas e determinadas tecnologias. É a formação que corresponde à ideia do TS como um mero operador, que necessariamente deve trabalhar supervisionado por outro. Portanto, é fundamental oferecer uma formação integral, que inclua ciências básicas, aplicadas, humanas e sociais. Que permita o acesso às bases teóricas e alcances das tecnologias do presente e do futuro, dado que a sua substituição continuará sendo cada vez mais rápida. Essa é a imagem do TS como profissional da saúde que está alinhado com a definição mencionada acima. É isto o que nos impele a continuar: melhor formação para maior autonomia e amplitude dos nossos horizontes profissionais. ■

Mais informações

- Einisman, C. *Siluetas de lo invisible: los Técnicos de la Salud en la Argentina*, I Seminário Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no Mercosul, 25 de Novembro de 2008. ESPJV, RJ, Brasil. Disponível no site da ESPJV (www.epsjv.fiocruz.br), em Publicações > Livros.
- Einisman, C. *Ecos de una decisión: Cambios en la visibilidad de los Técnicos de la Salud en la Argentina (2008-2012)*, II Seminário Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no Mercosul, 30 de Novembro de 2012. ESPJV, RJ, Brasil.
- Associação Argentina de Técnicos em Medicina Nuclear (www.aatmn.org.ar). Facebook: <http://on.fb.me/1578C9v>.

Carissa Etienne assume direção da Opas/OMS defendendo universalização da saúde

Janeiro de 2013 foi o mês que marcou a posse da dominicana Carissa F. Etienne na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que funciona como Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas. Seu mandato de cinco anos começou oficialmente no dia 1º de fevereiro. Ela é a segunda mulher a ocupar a direção da Opas, tendo substituído a argentina Mirta Roses Periago, que ficou dez anos à frente da organização. A solenidade de posse aconteceu em Washington DC, com transmissão simultânea para todos os países da região. A eleição de Etienne aconteceu no dia 19 de setembro de 2012, durante a 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana.

Etienne é formada em medicina e cirurgia pela Universidade das Índias Ocidentais, fez mestrado em saúde comunitária e é especialista em saúde pública pela Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres. Apesar de nunca ter sonhado com a possibilidade de ocupar o cargo na Opas, irá encarar o novo desafio com coragem e compromisso, conforme afirmou durante a posse.

Ela defende que a boa saúde tem suas raízes na equidade, universalidade, solidariedade e integração. “Aprendi que a cobertura universal é a melhor forma de melhorar a saúde de todos os cidadãos de qualquer país e é plenamente factível”, observou.

“Estou muito emocionada com a perspectiva de ter novos enfoques para a cooperação técnica. Muitos países membros da Opas têm uma grande capacidade, espero contribuir para o fortalecimento das redes e estabelecer mecanismos para facilitar o intercâmbio de conhecimentos e experiências, não só na região, mas também com outros continentes que integram a OMS. Todos se beneficiarão com isso”, disse.

No seu país, Dominica, uma pequena ilha caribenha com cerca de 750km² e 70 mil habitantes, ela atuou no Ministério da Saúde como diretora geral de saúde (2000-2002 e

1995-1996), diretora de serviços de atenção primária e coordenadora para desastres e epidemiologia nacional. Também ficou à frente do Programa Nacional de Aids, do Comitê Nacional para a Aids, e do Hospital Princesa Margarita. Na academia, foi professora associada da Faculdade de Medicina da Universidade de Ross.

De 2003 a 2008, como Subdiretora da Opas, esteve a cargo de cinco áreas técnicas: Sistemas e Serviços de Saúde; Tecnologia, Assistência e Pesquisa em Saúde; Vigilância Sanitária e Atenção das Enfermidades; Saúde Familiar e Comunitária; e Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental. Entre 2008 e 2012 assumiu o cargo de subdiretora geral para Sistemas e Serviços de Saúde na sede da OMS, em Genebra, onde fomentou orientações de políticas de redução das desigualdades e universalidade de acesso, de atenção centrada na pessoa, de acesso a produtos e tecnologias médicas seguras e eficazes, entre outras.

Visita ao Brasil

A primeira visita oficial como diretora da Opas foi feita ao Brasil. De 25 a 28 de fevereiro, ela esteve em Brasília e no Rio de Janeiro, onde visitou a Fiocruz.

Em Brasília, além de se reunir com os funcionários das áreas técnicas e administrativas da Representação da Opas/OMS no Brasil, Etienne participou da mesa de abertura da Reunião Regional “Salud en todas las políticas”, preparatória para da 8ª Conferência Global de Promoção da Saúde, que ocorrerá em junho na Finlândia. Na ocasião, ela destacou a necessidade de o setor saúde aumentar a parceria com outros segmentos para que, juntos, possam atuar pela melhoria da saúde da população do continente.

Outro ponto destacado foi a importância do Brasil no contexto da implementação das prioridades das políticas de saúde propostas pela OMS e de seu papel na disseminação dessas políticas apoiadas pela Opas, para os demais países da Região. Para a diretora, a Região possui excelência na elaboração de material técnico no campo da promoção da saúde, com potencial de disseminação para as demais nações.

Entre os pontos que serão contemplados no planejamento de ações 2013-2018 está a agenda da saúde pós-2015. Etienne reconheceu ainda a importância dos recursos humanos no desenvolvimento da cooperação técnica, com especial ênfase para a qualificação profissional, nesse processo. ■

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), fundada em 1902, é o organismo internacional de saúde pública mais antigo do mundo, sua missão é orientar os esforços estratégicos de colaboração entre seus 25 Estados-Membros e outros parceiros para promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade e prolongar a vida dos povos das Américas. Além dos países membros, a Opas/OMS reúne três estados participantes – França, Holanda e Reino Unido –, quatro membros associados – Porto Rico, Aruba, Curaçao e San Martín – e dois estados observadores – Portugal e Espanha.



Ministério da saúde

Nova diretoria para biênio 2012-2014 da APTM



A Associação Pan-Americana de Tecnólogos Médicos (APTM), que é membro da RETS desde novembro de 2011, elegeu sua nova direção para o biênio de 2012-2014 durante a VII Jornada Pan-Americana de Tecnólogos Médicos, ocorrida de 26 a 29 de setembro de 2012, em Quito (Equador), juntamente com o II Congresso Internacional de Especialidades de Tecnologia Médica.

A nova diretoria da APTM é composta pelo chileno Juan Carlos Araya, que permanece na Presidência, com Sara Valer Gonzáles, do Peru, na Secretaria e com o argentino Carlos Sánchez, como diretor da Associação.

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

Secretaria Executiva da RETS participa da conferência de Asa Cristina Laurell realizada no Isags



No dia 21 de fevereiro, a representante da Secretaria Executiva da RETS esteve representada na conferência ‘Sistemas Universais de Saúde: objetivos e desafios’, que a pesquisadora Asa Cristina Laurell realizou na sede do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (Isags), no Rio de Janeiro. Asa Cristina, que é autora de dez livros e tem mais de cinquenta artigos publicados em revistas científicas especializadas, nasceu na Suécia e se radicou no México, onde chegou a liderar a Secretaria de Saúde.

O evento foi transmitido on-line, com tradução simultânea para o português e o inglês, e registrou mais de 1.600 conexões em 20 países de três continentes.

Asa Cristina destacou o consenso atual sobre a necessidade de reformar os sistemas nacionais de saúde, a fim de se buscar a cobertura universal, e mostrou as diferenças entre as duas grandes escolas de pensamento, no que se refere ao conteúdo dessas reformas: a primeira que trata a saúde no âmbito da economia neoclássica e da ideologia neoliberal, mercantiliza o setor e propõe um sistema com múltiplos administradores de fundos, compradores e provedores de serviços que favorece a canalização de custosos subsídios fiscais; a outra, inspirada no estado social, no qual o importante é garantir a igualdade de acesso, defende a criação de um único sistema único e público de saúde.

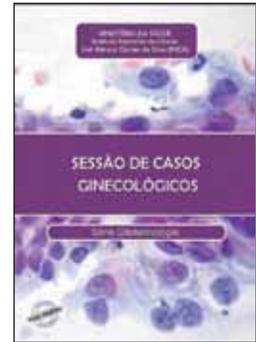
Após a conferência, a pesquisadora respondeu inúmeras perguntas feitas pelos presentes ou enviadas por e-mail, Twitter e Facebook. Os slides da apresentação de Asa Cristina Laurell, a íntegra da conferência nos três idiomas e um artigo preparado por ela sobre o tema podem ser acessados por meio do site do Isags (www.isags-unasur.org). ■

EUTM divulga nova imagem institucional



Em 2012, a Escola Universitaria de Tecnología Médica (EUTM) do Uruguai lançou uma nova logomarca para promover sua imagem institucional. Desenhado por Fernanda López, estudante de Bacharelado em

Inca lança livro sobre citotecnologia



O primeiro livro da Série Citotecnologia – Sessão de Casos Ginecológicos –, lançado recentemente no Brasil, reúne os casos clínicos que os técnicos em citopatologia (citotécnicos – trabalhadores de saúde responsáveis pela elaboração de laudos técnicos de apoio ao diagnóstico de grande número de doenças a partir de análises de amostras celulares de praticamente todo o corpo humano) apresentavam nas sessões mensais do controle de qualidade do Instituto Nacional de Câncer (Inca), órgão brasileiro voltado a ações nacionais integradas para o controle e prevenção da neoplasia.

A ideia do livro foi fazer um registro inédito da atuação desses profissionais, a fim de dar visibilidade ao trabalho realizado e estimular a troca de conhecimentos. A previsão é que até o final desse ano todas as quatro publicações da série estejam prontas. Dois livros abordarão casos clínicos ginecológicos e não ginecológicos e os outros dois enfocarão a técnica de coloração e imunocitoquímica. No momento, o primeiro livro está disponível apenas em português, mas a boa notícia é que a versão on-line em espanhol já foi aprovada. O arquivo completo pode ser acessado no website do Inca (www.inca.gov.br), em: ‘Publicações’ > ‘Sessão de Casos Ginecológicos’. ■

Laboratório Clínico, o logotipo representa em sua forma e gama de cores a diversidade na unidade, ou seja, 18 carreiras, estudantes, docentes, funcionários e egressos, todos sendo parte da mesma instituição. ■

Proforsa:

Projeto traz novas perspectivas para o sistema de saúde de Angola

Por Elisandra Galvão

Fotos: equipe EPSJV



Situada na região da África Austral, Angola, uma ex-colônia portuguesa, precisou de mais de 20 anos de lutas para conquistar sua independência, ocorrida finalmente em 11 de novembro de 1975. Depois disso, já como um Estado de direito democrático, enfrentou 27 anos de uma guerra civil que trouxe enormes prejuízos para o país. Com a paz estabelecida em 2002, esta nação multicultural e multilíngue, cuja língua oficial é o português, pôde finalmente dar alguns passos importantes para sua reestruturação. Na área de saúde, foi estabelecido um sistema, formado por componentes públicos e privados, baseado nos princípios da universalidade e da gratuidade dos cuidados.

Necessidade de melhorar a saúde da população inspira projeto de cooperação

O **estado da saúde** da população angolana é caracterizado pela baixa esperança de vida ao nascer, altas taxas de mortalidade materno-infantil, um elevado fardo de doenças transmissíveis e crescentes doenças crônicas e degenerativas bem como de mortalidade prematura evitável.

A limitada acessibilidade aos cuidados de saúde de qualidade é um dos principais problemas, sendo que a coparticipação nos custos, nos moldes atuais de implementação, no setor público, é reconhecida como um obstáculo ao acesso aos serviços e à equidade. Vários fatores contribuem para o fraco desempenho do sistema de saúde como a baixa cobertura sanitária e a força de trabalho reduzida, a problemática gestão dos recursos disponíveis e a fraca promoção da saúde num contexto socio-

econômico e meio ambiente favoráveis às endemias e epidemias.

Para completar este quadro delicado há acesso deficiente à alimentação, água potável, saneamento, educação, energia elétrica e outras comodidades. Nas localidades extremamente pobres, o consumo diário de calorias é inferior a um terço do recomendado. Apenas 25% das famílias urbanas consomem diariamente a quantidade de calorias recomendadas. E mais, o aquecimento global, a desflorestação, a poluição sonora e outras degradações ambientais devido à exploração dos recursos naturais têm um impacto negativo sobre a saúde da população, embora se desconheça com precisão a magnitude em Angola.

E foi justamente a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelo subsistema público de saúde – Serviço Nacional de Saúde – e qualificar **seus profissionais** que determinou a elaboração e criação do Proforsa, um projeto de cooperação técnica e financeira cujo objetivo é o fortalecimento do Sistema de Saúde, por meio do desenvolvimento de Recursos Humanos no Hospital Josina Machel e em outros serviços de saúde, e a revitalização da Atenção Primária de Saúde de Angola.

Proforsa: três países, um objetivo

O Proforsa, que é desenvolvido com o apoio da Agência Japonesa de Cooperação Internacional (Jica, do inglês Japanese International Cooperation Agency), envolve o Ministério da Saúde de Angola (Minsa), a Agência Brasileira de Co-

No âmbito governamental, os profissionais de saúde são classificados como servidores públicos de carreira especial em saúde. Eles têm as seguintes distinções: médicos, enfermeiros (nível básico, médio e superior), técnicos de diagnóstico e terapêutica (farmácia, laboratório de análises clínicas, radiologia, estatística médica, fisioterapia, estomatologia, oftalmologia, nutrição, bioquímica, anatomia patológica, microbiologia) e pessoal de apoio hospitalar.

A formação e aperfeiçoamento profissional, além da qualificação permanente no campo da saúde, estão previstos no artigo 15 da Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde. O documento prevê que a formação é um objetivo a ser alcançado. A Direção Nacional de Recursos Humanos do Ministério da Saúde de Angola (DNRH/Minsa) elaborou o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (1997-2007), que teve como prioridades a duplicação da formação do número de médicos existentes e a aceleração da sua especialização. Para os enfermeiros e técnicos em diagnóstico e terapêutica foi preconizada a promoção dos profissionais de nível básico para o médio, e dos promotores para auxiliares. Estavam previstos cursos de especialização para o nível médio e ações de atualização profissional. Embora o plano tenha sido desenvolvido em algumas províncias que realizaram os cursos de promoção de técnicos, os módulos de especialização não aconteceram por falta de corpo docente em segmentos específicos.

Hoje, as instituições de formação técnica em saúde do país têm a seguinte organização: Escolas Técnicas de Saúde (ETPS), para a formação dos técnicos básicos; Institutos Médios de Saúde (IMS), para formação de técnicos médios; Escolas de Formação de Técnicos da Saúde (EFTS), para formação dos técnicos médios e especialistas do mesmo nível; e Instituto Superior de Ciências de Saúde (Iscisa) e as universidades, para a formação dos técnicos superiores.

Dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que a população angolana é muito jovem, 50% tem menos de 15 anos de idade, enquanto 60% tem menos de 20 anos, e 93% menos de 50 anos. Esses índices têm ainda um agravante, a expectativa de vida, que é de 51 anos para os homens e 53 para as mulheres. A média de esperança de vida saudável ao nascer (Healthy Life Expectancy at Birth) é de 32 anos para os homens e 35 para as mulheres. Isto é atribuído à elevada mortalidade infanto-juvenil e mortalidade evitável na idade adulta causada, principalmente, por doenças endêmicas como a malária que tem um impacto sobre a mortalidade materna.

Informações divulgadas pelo Ministério do Planeamento, no documento Estratégia de Combate à Pobreza de Angola, **complementam os dados anteriores**. A taxa de mortalidade em crianças (menos de 5 anos) é a terceira mais elevada do mundo, calculada em 158 mortes por 1.000 nascidos vivos. Um reduzido número de doenças como malária (primeira causa de morbi-mortalidade), infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas, tuberculose, tripanossomíase (doença do sono), imunopreviníveis (sarampo e tétano), aids e anomalias congênitas são as responsáveis diretas por dois terços das mortes das crianças.

operação (ABC), a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e duas unidades da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz): a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV).

A ABC é o órgão do Ministério das Relações Exteriores (MRE) encarregado de ordenar a execução dos programas de cooperação técnica entre o Brasil e outros países e organismos internacionais. A Agência operacionaliza a política de cooperação técnica brasileira segundo a orientação e as diretrizes do MRE. As atribuições da ABC, tanto no Proforsa quanto em outros projetos de cooperação, abrangem desde o assessoramento às instituições beneficiárias da cooperação na elaboração do projeto, apoio ao MRE nas negociações com organismos internacionais e agências de cooperação (no caso do Proforsa, a Jica), coordenação de programas e atividades de cooperação técnica, acompanhamento e avaliação dos mesmos.,

Mudanças na cartografia político-social afetam cenário da saúde

Para entender parte das transformações pelas quais Angola, um país formado por 18 províncias, 164 municípios e 532 comunas, é preciso retomar marcos dos últimos 30 anos. A primeira década de independência foi marcada pelo alargamento da rede sanitária e pela escassez de recursos humanos em saúde, compensada pelos profissionais recrutados ao abrigo de acordos de cooperação. Num segundo momento, observa-se o recrudesimento do conflito, reformas políticas, administrativas e econômicas que, de certa forma, tiveram um impacto negativo sobre o sistema de saúde, como a destruição e redução drástica da rede sanitária.

Nos anos de 1990, que marcam o auge da onda neoliberal no mundo, é estabelecida em Angola a Lei 21 – B/92 de 28 de agosto, lei de bases do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Com este documento, o Estado deixa de ter a exclusividade da prestação dos cuidados de saúde e é dada a autorização para o funcionamento do setor privado. Foi também introduzida à noção da coparticipação dos cidadãos nos custos de saúde, mas mantendo o sistema tendencialmente gratuito.

A segunda fase da economia de mercado é caracterizada pelo alcance da paz, traduzida numa estabilidade macroeconômica, intenso esforço de reabilitação e reconstrução nacional que tem beneficiado o SNS. Esse é um período no qual houve um aumento significativo dos recursos financeiros do Estado para o setor saúde.

Cooperação triangular visa à formação em saúde

O Proforsa foi assinado em 2009, mas suas bases foram estabelecidas em meados da década de 1990, quando teve início uma cooperação entre Angola e o governo japonês para restauração das instalações do Hospital Josina Machel, que é uma instituição de referência nacional, e da Maternidade Lucrecia Paim. Durante esse processo, no qual foram aplicados cerca de 40 milhões de dólares, ficou clara a necessidade de formar profissionais capazes de melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos órgãos de saúde de Angola. Foram os consultores japoneses que assinalaram a importância de estabelecer uma cooperação triangular Angola-Brasil-Japão para se alcançar esse objetivo. A atuação brasileira em território angolano tem registros desde a década de 1980, quando foi firmado o Acordo de Cooperação Econômica, Científica e Técnica entre os dois países.

A reunião para estabelecer a cooperação entre as três nações foi promovida em 2007. A fase preliminar do trabalho durou até 2009 e, nesse período, foram formados mais de 750 profissionais de saúde nas áreas de administração hospitalar, imagiologia, enfermagem e laboratório clínico. A iniciativa obteve resultados positivos e possibilitou a identificação de novas demandas para aperfeiçoar a assistência de saúde em Angola, nos níveis de atenção terciária e primária. A avaliação final levou à formulação do Proforsa, concebido com forte característica estruturante, além de voltar-se para fortalecer as políticas vigentes do sistema de saúde de Angola por meio do apoio dado pelo Brasil e o Japão ao Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos e ao Plano Provincial de Revitalização de Assistência Primária.

Grácia Gondim, coordenadora de Cooperação Internacional da EPSJV, acompanhou as duas últimas missões na África e conta que a implantação do Proforsa, formulado com base numa reflexão sobre o sistema de saúde de Angola e os objetivos do milênio, abran-

Objetivos

- Aprofundar e fortalecer o conhecimento da situação de saúde em Angola, com ênfase nas áreas de abrangência dos quatro CS-R, pilotos no Proforsa.
- Analisar as práticas gerenciais, destacando a capacidade de negociação, a condução do processo de trabalho e o controle dos resultados do processo produtivo, visando assegurar o funcionamento do CS-R.
- Realizar atividades que fortaleçam a sustentação política do Proforsa.



- População: 19,6 milhões (dados de 2011).
- 55% do PIB e 95% das exportações de Angola dependem do setor petrolífero.
- 160º lugar é a posição de Angola num ranking de 173 países. Mais de 61% da população vive abaixo da linha da pobreza, dos quais 26% em pobreza extrema.
- Entre 67% e 76% de estudantes estão no primeiro nível de ensino. No superior, estão 3,2%.
- 33% da população maior de 15 anos é analfabeta. O índice chega a 50% entre as mulheres, que compõem cerca de 70% da força de trabalho do setor informal.
- Apenas cinco cidades de Angola se beneficiam de cobertura parcial de rede de esgotos: Luanda, Huambo, Lubango, Lobito e Benguela.

ge todos os níveis de complexidade do sistema. “No projeto piloto, que está sendo realizado desde 2011 na capital, Luanda, o papel da Fiocruz é dar suporte técnico para o desenvolvimento e implementação das



atividades de atenção primária previstas no plano de trabalho, por meio de qualificação de profissionais de saúde angolanos no Brasil e em Angola. Simultaneamente, a Unicamp fornece suporte técnico para o desenvolvimento e implementação das atividades de atenção terciária. O Minsa, por sua vez, assumiu a responsabilidade geral pela execução do projeto, fornecendo infraestrutura física, disponibilizando salas, materiais de ensino, instrumentos de formação, e gerenciamento e utilização de equipamentos e materiais fornecidos pelos coordenadores do projeto”, explica.

Ela assinalou ainda alguns pontos importantes sobre a cooperação triangular: a construção coletiva do conhecimento, a perspectiva estruturante e compartilhada, e o respeito à cultura e aos conhecimentos locais.

As linhas gerais do Proforsa (instituições executoras, tempo de execução, objetivos, atividades e resultados esperados) foram definidas em conjunto por representantes da Jica, da ABC, do Minsa, do Hospital Josina Machel, da Maternidade Lucrecia Paim e da Direção Provincial de Saúde de Luanda.

O analista de projetos da ABC, José Ferreira Nunes Neto, ressalta que o papel do órgão é manter a fluidez nessa relação entre as três nações, defendendo e imprimindo à cooperação técnica internacional as diretrizes da política externa brasileira e as prioridades de governo, além de favorecer o aprofundamento das relações entre o Brasil e outros países e agências. “Este acompanhamento é a garantia de que o

que foi planejado seja realmente executado por todos os atores envolvidos”, afirma.

Sobre a cooperação triangular, ele destaca a forma como foi construído todo o processo de cooperação. “O Proforsa é caracterizado como o trabalho em comum entre instituições, constituído de um conjunto de atividades que buscam a transferência, a absorção e o desenvolvimento de conhecimentos específicos, utilizando consultoria brasileira especializada, formação e treinamento de recursos humanos e complementação de infraestrutura das instituições do país beneficiado, sempre respeitando o princípio das relações equânimes e de justiça social, não impondo quaisquer condicionalidades aos parceiros”.

Diário das missões

Na primeira missão, realizada em fevereiro de 2012, foram constituídas as secretarias executivas dos Comitês de Coordenação e de Implementação do projeto. Já na segunda, ocorrida de maio a junho e com caráter mais técnico, os profissionais brasileiros se dedicaram à análise do contexto e das principais questões de saúde em diversas localidades de Luanda. Na ocasião, foram realizados o seminário O Contexto político institucional do Proforsa: reconhecimento atores, repactuando responsabilidades de ações e a oficina Metodologia de Análise de Contexto – Módulo 1 do Curso de Gestão em Atenção Primária em Saúde.

Em outubro de 2012, ocorreu a terceira missão e o Módulo 2 – Indicadores para o Planejamento Local e Gestão em Saúde, que é determinante para a construção da proposta de revitalização da atenção primária em Luanda. Na quarta missão, ocorrida em março de 2013, foram realizados o Módulo 3 – Transformar ideia em ação – Operacionalização do CS-R e alguns encontros profissionais do Comitê de Implementação Conjunta do Proforsa.

A próxima missão está prevista para os meses de maio e junho de 2013. “As

missões estruturam cursos de especialização técnica de mil horas, divididos em módulos temáticos com 80 horas, os quais incluem minicursos, oficinas e seminários. Na primeira turma, por exemplo, nós tivemos profissionais de nível médio e superior em um dos minicursos”, explica Grácia.

Em Luanda, os módulos para técnicos de saúde são ministrados em quatro Centros de Saúde de Referência (CS-R) – o de Samba, em Samba; o de Cassequel, em Maianga; o da Ilha, em Ingombota; e o da Terra Nova, em Rangel.

Os alunos dos cursos são gestores dos centros e as atividades, no primeiro ano, buscaram traçar um diagnóstico situacional com os principais problemas e as necessidades prioritárias de cada um dos CS-R, bem como apresentar propostas de formações específicas para promover modificações nos processos de trabalho.

O curso de capacitação ministrado no Josina Machel buscou torná-lo uma referência em Angola nas áreas de cuidados à saúde, de treinamento para os trabalhadores e melhoria dos serviços nas instituições alvo. O resultado para os três países foi a cooperação triangular e o fortalecimento da articulação entre Brasil e Japão, além da garantia da qualidade do Programa de Parceria Brasil-Japão (JBPP). ■



Fontes consultadas

- Agência Brasileira de Cooperação: www.abc.gov.br
- Central Intelligence Agency (CIA): www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ao.html
- Diagnóstico de Situação das Escolas Técnicas de Saúde dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Rede de Escolas Técnicas de Saúde da CPLP/Secretaria Executiva. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz. Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde (relatório – novembro de 2012).
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef): www.unicef.org/
- Ministério do Planejamento de Angola: www.minplan.gov.ao/
- Organização Mundial de Saúde (OMS): www.who.int/countries/ago/en/
- Portal Oficial do Governo de Angola: www.governo.gov.ao/
- The World Bank: <http://data.worldbank.org/country/angola>

Província de Buenos Aires fortalece a cultura como estratégia de saúde

Aproveitar as possibilidades das aquisições culturais e das práticas artísticas como estratégia de saúde. Esse é o objetivo do Programa Cultura e Saúde, apresentado em 2011 pela Subsecretaria de Planificação da Saúde do Ministério da Saúde da Província de Buenos Aires (Argentina), e implementado inicialmente numa versão experimental. “A ideia central do programa é levar adiante ações de saúde valendo-se do eficaz recurso da cultura entendida em seu sentido mais amplo como um código compartilhado por um grupo social que pode ser um bairro, uma cidade, uma nação”, explica o professor Alejandro Dinamarca, responsável pela coordenação artística do projeto.

Como objetivos específicos, o programa busca: identificar as construções culturais dominantes que causam grande parte das inequidades sanitárias no presente a fim de traçar caminhos de luta para reverter a situação; desenvolver diferentes propostas artísticas baseadas em temáticas de educação para a saúde; criar um espaço permanente de reflexão e expressão que fortaleça as relações interinstitucionais e sirva como um meio criativo de comunicação das políticas de saúde para a sociedade; estabelecer vínculos com redes sociais de objetivos similares, a fim de ampliar a troca de experiências e recursos; sensibilizar a sociedade sobre os problemas de saúde estimulando sua participação ativa nas campanhas realizadas; capitalizar as experiências individuais dos recursos humanos institucionais para fortalecer o coletivo e gerar novos horizontes de ação; e, por fim, coordenar atividades com outras instituições do âmbito educativo, produtivo e do terceiro setor, para somar recursos e tornar as ações mais efetivas.

Segundo o professor Alejandro Fontenla, que coordena a área teórico-conceitual do programa, a iniciativa foi desenvolvida com base em dois momentos centrais: uma série de seminários, exposições e eventos culturais, cujo objetivo foi promover o programa e levar para a comunidade em geral questões que normalmente ficam restritas apenas aos agentes do sistema de saúde, e um curso, realizado no segundo semestre, voltado para trabalhadores e docentes da área da saúde, destinado a formar multiplicadores da atividade.

Também foram pensadas atividades de extensão, como uma oficina de arte realizada com as crianças no Hospital Infantil. “A proposta é realizar atividades similares em outras instituições de saúde e de ensino, propondo maior interação entre elas e promovendo atividades culturais que tratem implicitamente das questões de saúde”, assinala Dinamarca.

O programa Cultura e Saúde está baseado em duas concepções fundamentais, articuladas entre si. “A primeira tem a ver com uma nova concepção de trabalho interdisciplinar em saúde, que vem sendo considerada há muitos anos pelo Ministério. A segunda é de que, com orientação especializada, todas as pessoas podem aprender a se expressar artisticamente e não somente aquelas que possuem condições especiais ou inatas”, explica Fontenla.

Em seu aspecto teórico-conceitual, o programa busca analisar os mecanismos de construção da cultura, seus valores e discursos fundamentais, a estrutura de seus paradigmas de identidade, bem como a relação deles com a realidade, expondo criticamente formulações predefinidas pelo imaginário “branco, culto e europeu”, visualizando os procedimentos e os componentes desses conceitos excludentes, e buscando propor alternativas que consideram a etnicidade e o multiculturalismo.

“Nós trabalhamos no âmbito da teoria da cultura e da teoria dos fenômenos contemporâneos culturais e sociais, abordando temas como interculturalidade, determinantes sociais de saúde, cultura nacional e latino-americana, entre outras coisas”, assinala o coordenador.

Em seu aspecto prático da produção artística e cultural, o projeto busca a abordar as possibilidades concretas da arte e da cultura como estratégia de saúde e como um fator de promoção das pessoas e de formação para o trabalho.

“Ao mesmo tempo em que a cultura, entendida como código, possibilita a comunicação e a interação entre as pessoas, ela também pode acabar se constituindo como uma trama fechada que dificulta as ações, por exemplo, educativas, que se quer desenvolver nesse coletivo”, acrescenta Dinamarca. “Nossa tarefa foi decifrar esse código e entender o contexto no qual vivemos e no qual desejamos desenvolver essas ações de expressão artística”, completa.



Jornada sobre envelhecimento ativo foi uma das atividades especiais que reuniu grande público.

Quando teoria e prática se completam

Voltado para professores e trabalhadores do sistema de saúde provincial que estudam ou fazem residência, profissionais, técnicos e agentes comunitários de saúde, o curso de capacitação do programa Cultura e Saúde também visa beneficiar indiretamente os cidadãos da província de Buenos Aires, usuários do sistema.

A ideia foi permitir que os participantes pudessem aprender a se expressar livremente por meio da literatura, da oralidade, da música, da expressão corporal, do teatro, da dança e das artes visuais, num marco que foi traçado com vistas a problemática específica de sua atividade laboral.

“Com esse aprendizado e com seus saberes profissionais, bem como com sua experiência no campo da saúde, eles puderam trabalhar na construção de obras com mensagens que gostariam de transmitir para a população. No primeiro ano do curso, a obra final foi uma comédia musical que tratou de hábitos de vida saudável e violência infantil”, conta Dinamarca.

O curso foi realizado em dez encontros quinzenais de quatro horas de duração, sendo duas horas para análise dos conteúdos teóricos-conceituais e duas horas para a realização de oficinas artístico-performáticas.

A metodologia geral é participativa e vivencial, uma vez que todos os conteúdos tratados serão experimentados na prática;

Alunos do curso 2012 se entusiasmam com a iniciativa

Ana Claudia Barbieri: “O curso superou minhas expectativas. Descobri muitas tonalidades grises onde antes para mim eram apenas o preto e branco. Os professores, uns gênios. Voltei ao hospital dizendo às minhas companheiras que façam o curso no ano que vem, pois ele nos incentiva a pensar, a ler e a ter outra mirada da realidade. Acho que seria uma boa proposta realizar o curso Cultura e Saúde em cada hospital, para que seja possível realizar ações conjuntas e motivar o pessoal a descobrir e solucionar os problemas”.

Dolores Garcia: “O curso me permitiu problematizar as formas de desempenho no meu trabalho, minhas formas de intervenção e o alcance das mesmas; ampliar os pontos de vista e as miradas a partir das quais posso pensar meu papel profissional. Eu tive a possibilidade de somar ao trabalho cotidiano, outras formas de pensar o trabalho e levá-lo adiante”.

é flexível porque poderá ser adaptada a cada situação concreta; é integradora porque promove experiências coletivas que favorecem a inclusão social; e, por fim, é gratificante, por conta de seu caráter lúdico, grupal e participativo, e transformadora, porque, sem dúvida, tende a incidir nas atitudes humanas posteriores.

“Ao finalizar o ano de 2011, nós, os docentes, fizemos um balanço da experiência juntamente com os participantes, e percebemos que ela foi absolutamente exitosa”, enfatiza Fontenla, destacando que o passo seguinte foi a formalização do caráter programático da disciplina cultura e saúde que não existia como tal. “Nós fizemos um trabalho de pesquisa para determinar o marco teórico do programa”, disse.

Em 2012, a consolidação da experiência

A avaliação positiva do projeto piloto determinou a continuidade do programa Cultura e Saúde e uma nova edição do curso foi realizada de agosto a dezembro de 2012.

O sucesso voltou a se repetir e dos 38 alunos matriculados, 24 concluíram o curso com êxito. As complicações nos horários e mudanças no local de trabalho foram as principais razões das desistências. “Os alunos que precisaram sair, lamentaram muito, pois haviam se deparado com uma nova visão sobre a problemática da saúde”, conta Dinamarca.

Laura Maciel: “Foi muito bom realizar o curso, que propõe ampliar a mirada sobre nossos atos no fazer cotidiano. Através de leituras, que nos levam a perguntar sobre nossa identidade e sua relação com a prática diária, e das intervenções artísticas, que constituem um modo de abordar a realidade a partir de uma nova perspectiva, que não tem a ver com a racionalidade e com as estatísticas”.

Verónica S. Trevisán: “Gostei de o curso ser dividido em dois módulos: um mais teórico e outro performático. De cada um, pude tomar elementos para a reflexão e o trabalho, no sentido de repensar minhas práticas, no marco do que íamos trabalhando. Os textos propostos para leitura foram enriquecedores e interessantes, convidaram ao debate e a por em palavras as sensações e sentimentos que não externamos e compartilhamos nos lugares de trabalho. As propostas de ação do módulo

Nas avaliações feitas pelos alunos (ver box), sobram elogios aos coordenadores do programa – os “dois Alejandro”, como são carinhosamente chamados – e à iniciativa que, no entanto, deve passar por algumas mudanças.

A dificuldade de se levar o curso no modelo atual a todas as regiões da província de Buenos Aires, especialmente as mais distantes, pode acarretar a transformação do curso quadrimestral, pensado originalmente, em jornadas mais breves, com temáticas variadas que possam encontrar permanência por meio de uma rede virtual entre as diferentes regiões. “Isso certamente nos leva a pensar uma nova forma de trabalhar, sobretudo no que diz respeito ao aspecto performático, que está sob minha responsabilidade. A capacitação para o emprego de recursos como o teatro, a expressão corporal, a música e os jogos dramáticos, requer um tempo entre o momento que o participante se ‘solta’ até que ele consiga ser parte de uma performance”, explica Dinamarca.

Com mudanças ou não, o importante, como destacou a aluna Sandra Duarte, em sua avaliação final, é que a continuidade do curso permita capitalizar o sucesso e trazer aportes para a transformação que o sistema de saúde requer. ■

Vídeos relacionados:

- Programa Cultura y Salud: www.youtube.com/watch?v=0UDmyimtRxY
- Programa Cultura y Salud - Trabajo Final Cursantes 2012 - “Sanitur”: youtube/ad85D-1YtvE

performático – cantar, dançar e atuar – me desafiaram a romper com a ‘solenidade’ que nos impõem muitas vezes nossos espaços de trabalho e com o estereótipo dos papéis que desempenhamos dentro deles”

Sandra Viviana Duarte: “Quero expressar, em primeiro lugar, o meu agradecimento por me permitirem realizar uma experiência de ensino-aprendizagem absolutamente nova para mim. Considero que a proposta do curso é um verdadeiro acerto para introduzir modificações no campo da saúde, que possam melhorar a qualidade na atenção. Uma experiência como essa não pode passar despercebida por quem trabalha na área da saúde, dado que nos introduz ao mundo da cultura e nos permite descobrir nela e a partir dela um conjunto de ferramentas sumamente acessíveis, transmissíveis e humanizantes. Todos esses valores altamente escassos no contexto de violências institucionais cotidianas que, como atores, produzimos e reproduzimos”.



Foto: GHWA

III Fórum Global de RHS discutirá agenda de desenvolvimento do pós-2015

Por Michele Corrêa

O Brasil será a sede da terceira edição do Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde, um dos maiores eventos do setor. Com o tema 'Recursos Humanos para a Saúde: fundação para a cobertura universal de saúde e agenda de desenvolvimento pós-2015', o Fórum será realizado na cidade do Recife (PE), de 10 a 13 de novembro deste ano. A expectativa é que cerca de 2 mil pessoas, de 40 países, participem do encontro organizado pela **Aliança Global para a Força de Trabalho em Saúde (GHWA, do inglês Global Health Workforce Alliance)** e patrocinado pelo governo brasileiro, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS).

A ideia do Fórum é reunir trabalhadores da saúde, especialistas, autoridades governamentais, representantes de organismos internacionais e instituições acadêmicas, membros de organizações da sociedade civil, do setor privado, de sindicatos e associações profissionais, além de instituições doadoras e de formação de pessoal para a

saúde, a fim de discutir as principais questões que dizem respeito à força de trabalho do setor. Nos encontros, o objetivo é criar redes, consensos e capacidade colaborativa para buscar respostas e soluções para os desafios que precisam ser superados.

A Agência de Cooperação Internacional do Japão (Jica), a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (Usaid), o Fundo Mundial de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária (GFATM) e o Fundo de População das Nações Unidas (Unfpa) são alguns organismos que apoiam a organização do evento.

Em 2008, o início da história

O I Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde ocorreu em março de 2008 na cidade de Kampala, em Uganda, e teve como tema 'Ação sobre a força de trabalho em saúde – a hora é agora'. Ao final do evento, os cerca de 1.500 participantes divulgaram dois documentos que se tornaram marcos para o setor: a Declaração de Kampala e a Agenda de Ação Global.

A GHWA foi criada em 2006 para responder à crise mundial na área de recursos humanos em saúde (RHS) e à falta de atenção dispensada ao tema no âmbito da saúde global. Tratando temas como a escassez de profissionais para o setor, má distribuição, falta de condições de trabalho e qualidade de vida, migração e formação inadequada, a GHWA procurou reunir parceiros que pudessem colaborar para o desenvolvimento de uma abordagem ampla e multifacetada para a solução dos problemas enfrentados pelo setor.

Apesar dos esforços realizados, a crise dos RHS ainda é um fator limitante para diversos países, em sua luta contra a mortalidade materno-infantil, para o controle de inúmeras doenças prioritárias, tanto infecciosas quanto não transmissíveis, e para atingir o alvo mais amplo de cobertura universal de saúde.

Na Declaração, os participantes do evento cobram dos governos e das instituições o compromisso de buscar solucionar a crise de profissionais de saúde, destacando 12 necessidades consideradas primordiais na época, dentre as quais a qualificação de trabalhadores comunitários e de nível médio para o setor, bem como o aumento da oferta de profissionais com formação superior e especializações.

O Plano de Ação, por sua vez, definiu seis estratégias a serem implantadas em nível nacional – formulação e implementação de políticas de recursos humanos em saúde – e supranacional a fim de eliminar as lacunas críticas em termos de recursos humanos de saúde, além de reafirmar o papel da Aliança como supervisora das ações a serem desenvolvidas, conciliadora das diferentes partes envolvidas e promotora da aprendizagem e do diálogo contínuo sobre o tema.

Três anos depois, Bangkok

O II Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde teve como expectativa a revisão do progresso atingido desde o I Fórum e o objetivo de avançar as prioridades pendentes. Ele foi realizado em Bangkok, na Tailândia, em janeiro de 2011 e culminou com a adoção da Declaração de Bangkok. Nesse documento, endossado pelos mais de mil participantes de 105 países, foram reiterados os princípios da Declaração de Kampala e o Código Global de Boas Práticas de Recrutamento Internacional do Pessoal de Saúde publicado pela OMS, considerados instrumentos de alinhamento e responsabilização em nível global, regional, nacional e local.

Ao final do evento, ficou expressa a necessidade de um movimento mundial para se passar do ‘compromisso’ para a ‘ação’ e das ‘resoluções’ para os ‘resultados’, a fim de permitir que, num futuro próximo todas as pessoas, independentemente de quem sejam e de onde vivam, possam ter acesso a um trabalhador da saúde.

No Brasil, preocupação do Fórum é com a cobertura universal

Nas duas primeiras edições do fórum, a grande preocupação foi buscar reduzir a carência de trabalhadores da saúde que impediam os países de alcançar as metas de saúde dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), no prazo estabelecido (até 2015). O prazo já está perto do fim e muitos países ainda não conseguiram reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna até os níveis estabelecidos e nem mesmo controlar a propagação da aids, da malária e de outras doenças. O pensamento das autoridades globais de saúde, no entanto, vai além de 2015, e a preocupação agora passa a ser sobre o que deve ser feito na área de recursos humanos em saúde para que todos os países possam alcançar a cobertura universal, que, segundo a OMS significa “assegurar acesso à atenção sanitária adequada para todos a um custo acessível”.

A importância do tema foi reiterada na última Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), realizada em setembro de 2012, que, ao publicar a resolução 67/36, reconheceu o papel da saúde no alcance dos ODM, e apontou a necessidade de os países colocarem a cobertura universal na agenda de desenvolvimento pós-2015.

A força de trabalho em saúde, em suas múltiplas dimensões de disponibilidade, distribuição, qualidade e desempenho, é um elemento crítico e integrante nas intervenções fundamentais e na oferta de serviços de saúde para a população. Nesse sentido, o III Fórum representa um espaço privilegiado para identificar o que é preciso mudar na formação e na gestão de pessoal para que todos tenham acesso aos serviços de saúde. No mundo, de acordo com a OMS, ainda há cerca de um bilhão de pessoas que não têm acesso à atenção médica e quase 60 países que, por enfrentarem uma grave crise crítica da força de trabalho de saúde, dependem de assistência técnica e informação para avançar na direção da cobertura universal.

Atenção nos preparativos reforçam a importância do Fórum

O sucesso do Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde depende diretamente da qualidade de sua organização. Para isso são instituídas duas equipes distintas: o Grupo de Trabalho do Fórum (FWG, do inglês Forum Working Group) e do Comitê Gestor do Fórum (FOC, do inglês Forum Organizing Committee), respectivamente os órgãos de governança operacional e estratégico do evento, a fim de propor as diretrizes, os temas e a programação do evento, bem como definir estratégias e ações que possam fortalecer a iniciativa. O papel dessas comissões é o de fornecer orientação estratégica e apoio político ao restante dos envolvidos, além de assegurar a supervisão da

organização no tempo proposto e com a qualidade desejada.

Na primeira reunião preparatória para o Fórum, realizada pelo FOC, em setembro do ano passado, em Recife, David Evans, representante da OMS, e Masato Muginati, representante da GHWA, se reuniram com autoridades brasileiras, dentre as quais, Mozart Sales e Francisco Campos, do Ministério da Saúde do Brasil, e Eduardo Campos, governador do Estado de Pernambuco, que manifestou sua grande expectativa com o evento. “A saúde é a principal preocupação dos cidadãos do Brasil e estamos ansiosos para receber a comunidade internacional em Recife, para avançar o debate mundial sobre os problemas em torno da força de trabalho de saúde”, afirmou.

Mozart Sales, por sua vez, ratificou a disposição do governo brasileiro de trocar experiências com representantes de outros países. “O Brasil tem o maior sistema de saúde com cobertura universal do mundo, estamos felizes em compartilhar nossa experiência no desenvolvimento de força de trabalho em saúde e de ouvir exemplos de inovação e melhores práticas do resto do mundo”, disse.

A primeira oportunidade para refletir sobre questões temáticas e aspectos operacionais do Terceiro Fórum, acabou ocorrendo em novembro, no primeiro encontro do FWG, realizado em Genebra e presidida pelo governo do Brasil, pela OMS, pela Opas e pela GHWA, que, em maio, lançará uma campanha global sobre o encontro.

A ideia da campanha é incentivar as organizações parceiras da Aliança a se engajarem nesse processo, realizando ações simbólicas que tenham como objeto os recursos humanos em saúde e assumindo compromissos explícitos com financiamentos ou políticas que deem suporte às ações que busquem superar os desafios nessa área e que influenciem a agenda de desenvolvimento pós-2015.

No que diz respeito a programação final do Fórum, foi realizada uma consulta pública, na qual membros e associados puderam compartilhar opiniões e tecer comentários sobre a proposta inicial estabelecida pelos organizadores. A consulta ficou disponível de 21 de dezembro até o dia 11 de janeiro e seus resultados serão divulgados em breve. ■

Mais informações sobre o III Fórum Global de RHS

- Website da GHWA (who.int/workforce-alliance), em: ‘Global Forums’
- [Facebook.com/HealthWorkforce](https://www.facebook.com/HealthWorkforce)
- Twitter: @GHWAlliance



Uruguai (parte 1)

A formação dos técnicos de saúde no Uruguai guarda algumas particularidades quando comparada a de outros países. Ela é feita predominantemente na esfera pública e em cursos de nível superior universitário que, de acordo com a duração, conferem títulos de licenciados, tecnólogos e técnicos. Há ainda a formação de auxiliares, em alguns poucos casos, geralmente como saídas intermediárias. No âmbito das tecnologias médicas há 18 carreiras regulamentadas, existindo ainda algumas outras nas áreas de enfermagem, odontologia, psicologia, nutrição e educação física.

Uma visão geral do sistema educativo uruguaio

No Uruguai, a educação é considerada um direito humano fundamental e está baseada em princípios definidos pela Constituição Nacional e pela norma vigente: a Lei da Educação, publicada em dezembro de 2008, que substituiu a Lei 15.739, de 28 de março de 1985.

De acordo com a Lei, a educação no país está organizada em níveis (ver quadro na página 15), que visam assegurar a unidade e facilitar a continuidade do processo educativo. São considerados obrigatórios dois anos de educação inicial, seis de educação primária e seis de educação média (básica e superior).

- Educação na primeira infância: compreende o ciclo vital até os três anos de idade. Por suas especificidades quanto aos propósitos, conteúdos e estratégias metodológicas é considerada uma oferta educativa não formal.
- Educação inicial: destinada a crianças dos três aos cinco anos, é obrigatória para as de quatro e cinco anos.
- Educação primária – comum ou especial: destinada a crianças a partir dos seis anos. Tem duração de seis anos.
- Educação média: engloba a educação média básica, que dura três anos e pode ser de três tipos – educação geral, educação tecnológica e ciclo básico rural – e a educação média superior, que tem mais três anos de duração e é oferecida nas modalidades de educação geral e educação tecnológica.
- Educação técnico-profissional: voltada para a inserção no mundo do trabalho tem o propósito de formar técnicos médios e superiores. Requer que os estudantes tenham, ao menos, 15 anos de idade.
- Educação terciária: inclui a educação terciária não universitária, que aprofunda e amplia a formação em alguma área de conhecimento; a formação em educação, cujo objetivo é formar professores e educadores sociais; e a educação terciária universitária, dirigida à formação em produção e reprodução de conhecimentos em seus níveis superiores, integrando os processos de ensino, pesquisa e extensão.

O Sistema Nacional de Educação Pública é constituído pelo Ministério de Educação e Cultura, pela Administração Nacional de Educação Pública (Anep) e pela Universidade da República (Udelar). Cabe ao MEC desenvolver os princípios gerais da educação, bem como facilitar a articulação entre as políticas de educação com as dos demais setores, entre outras coisas.

A Anep, por sua vez, é o organismo responsável pelo planejamento, gestão e administração do sistema público e de controle das instituições privadas nos níveis de educação inicial, primária, média, técnica e formação em educação terciária em todo o território nacional. O ensino público superior está a cargo da Udelar.

As principais leis que regem a educação no Uruguai são: Lei Nº 12.549 ou Lei Orgânica da Udelar, promulgada em 29/10/58; Lei Nº 15.661, de autorização de funcionamento de universidades privadas e reconhecimento de seus títulos por parte do Estado, promulgada em 23/10/84; Lei Nº 15.739 de criação da Anep como um ente autônomo, promulgada em 25/3/85; e Decreto 308 de ‘Ordenamento do Sistema de Educação Terciária Privada’, o qual regulamenta a autorização e regulação das universidades e institutos universitários privados

No âmbito da RETS, o trabalho técnico em saúde é considerado como todo aquele que é realizado pelo conjunto de trabalhadores que exercem atividades técnico-científicas no setor e compreende desde as atividades realizadas pelos agentes comunitários de saúde e pelos auxiliares, de natureza mais simples, até as executadas pelos técnicos de nível superior, de natureza mais complexa.

Ao permitir que a definição de ‘técnico em saúde’ não seja associada apenas ao grau de escolaridade desses trabalhadores, como é feito usualmente, essa visão se torna fundamental para a existência da Rede. Ela possibilita o trabalho conjunto e a troca de experiências entre instituições de países com realidades bastante diversas no que se refere à nomenclatura das profissões técnicas, às funções que esses trabalhadores desempenham, aos saberes que devem adquirir em sua formação e aos níveis escolares nos quais estão inseridos.

Nesse sentido, esta seção foi criada com o intuito de apresentar, em cada edição da Revista, um quadro geral da educação de técnicos de saúde nos países representados na Rede, bem como divulgar aspectos da formação e do trabalho desses técnicos, dando a eles maior visibilidade e ressaltando a importância do papel que eles exercem nos sistemas nacionais de saúde.

por parte do Poder Executivo e a existência de um organismo assessor do MEC (Conselho Consultivo), da Udelar, da Anep e das universidades privadas’.

Na origem do ensino técnico, ordem e disciplina

Em praticamente todos os países, o ensino técnico surge com o objetivo de formar jovens oriundos das classes menos favorecidas, a fim de inseri-los no mercado de trabalho, especialmente nos setores militar e industrial, e o Uruguai parece não ser exceção.

Segundo o professor e pesquisador Jorge Bralich (www.rau.edu.uy), o surgimento do ensino técnico no país ocorreu em 1879, por conta da preocupação dos governantes e dos setores dominantes da sociedade em estabelecer a ordem e a disciplina entre jovens transgressores. Na época, o então governador, Lorenzo Latorre, criou, no âmbito do exército, a Escola de Artes e Ofícios, um lugar onde os jovens de “má conduta” eram “domesticados” e aprendiam a obedecer e a trabalhar como castigo. Em 1886, o Liceu passa para a esfera civil, sem, no entanto, abrir mão de seus propósitos iniciais.

Nas primeiras décadas do século 20, os sucessivos governos uruguaios tiveram como proposta o fortalecimento da indústria no país, o que significava atualizar a educação técnica, adaptando-a às exigências da época e tendo como referência os países industrializados. Isso acabou resultando em profundas mudanças no Liceu que, em 1916, por iniciativa de Pedro Figari, deixa de funcionar como internato e procura se constituir como um centro educacional formador de recursos qualificados e criativos necessários ao processo de expansão industrial em curso.

Apesar do esforço de Figari, infelizmente, como explica Bralich, no imaginário social continuou a prevalecer a ideia de que as escolas industriais, onde se ensinava a trabalhar “com as mãos” continuavam a ser repletas de alunos com poucas condições intelectuais ou poucos recursos econômicos. O resultado foi que a demanda das indústrias que surgiam acabava não sendo suprida pelos jovens que egressavam como técnicos de cursos pouco vinculados ao perfil econômico nacional e às necessidades das empresas.

Em meados daquele século, o Liceu passou a se chamar Universidade do Trabalho do Uruguai (UTU), mas seguiu sem permitir o acesso dos alunos a estudos superiores e sem mudar a imagem que a sociedade já havia forjado sobre a formação técnica.

A Udelar como patrimônio nacional

A atual Universidade da República do Uruguai (Udelar) foi criada em julho de 1849. Durante seu primeiro semestre de existência, a Universidade se debruça sobre a redação de seu Regulamento Orgânico, o qual colocava a totalidade da instrução pública – primária, secundária e superior – sob sua tutela. Na época, o ensino superior, agrupado sob a denominação “científico e profissional”, era constituído por quatro faculdades: Ciências Naturais; Medicina, criada apenas em 1876; Teologia; e Jurisprudência, a única a funcionar durante as primeiras décadas de vida da Udelar.

Em 1877, é promulgada a Lei da Educação Comum, a qual retira a educação primária do âmbito universitário. Em sua primeira etapa de existência, que vai até 1885, a Udelar enfrenta vários embates com os governos, a fim de manter sua autonomia, e passa por profundas mudanças em suas bases filosóficas.

A Lei Orgânica de 1908 representou um duro golpe para a Udelar, que se viu desmembrada e submetida ao governo nacional. A mesma lei, no entanto, permitiu que os docentes passassem a integrar os Conselhos das Faculdades e os alunos também conquistassem uma representação, ainda que indireta nos Conselhos. A lei também consagrou a liberdade de estudos secundários, cujo segundo ciclo correspondia ao bacharelado diferenciado.

Novas lutas pela autonomia se sucederam até 1958, quando uma nova Lei Orgânica foi aprovada, instituindo, entre outras coisas, os concursos para eleger docentes, a gratuidade total do ensino, a autonomia universitária em todos os aspectos e o cogoverno, conformado por docentes, estudantes e egressados. De acordo com a Lei, “A Universidade se desenvolverá, em todos os aspectos de sua atividade, a mais ampla autonomia”.

O período de bonanza vai até 1973, quando, num golpe de Estado, o então presidente, Juan María Bordaberry, dissolve o Parlamento. O governo intervém na Universidade e se instaura um período de perseguições políticas e destruição da estrutura acadêmica. Quase 40% dos docentes são destituídos, renunciam ou não têm seus contratos renovados. Novos professores são designados pelo governo. Vários cursos são fechados.

Estrutura da educação no Uruguai (níveis)

Nível	Descrição	Modalidade (s)	Duração (anos)
0	Educação inicial: 3, 4 e 5 anos de idade		3 (2 obrigatórios)
1	Educação primária		6 (obrigatórios)
2	Educação média básica		3 (obrigatórios)
3	Educação média superior	<ul style="list-style-type: none"> • educação geral • educação tecnológica • formação técnica e profissional 	3 (obrigatórios)
4	Educação terciária	<ul style="list-style-type: none"> • cursos técnicos não universitários • tecnicaturas • educação tecnológica superior 	
	Formação em educação com caráter universitário		
	Educação terciária universitária	<ul style="list-style-type: none"> • graduações 	
5	Pós-graduações	<ul style="list-style-type: none"> • diplomas de especialização • mestrados (acadêmicos e profissionais) • doutorados (acadêmicos) 	

Fonte: Lei Geral de Educação, 2005 (adaptação).

Somente em 1980, a partir de um plebiscito por meio do qual os uruguaios dizem não à nova constituição proposta pelo Poder Executivo, é que começa a se organizar um processo de reconstitucionalização do país. Em 21 de agosto de 1984, depois de 12 anos, acaba a intervenção na Udelar, que retoma gradativamente a plenitude de suas funções e inicia um processo de crescimento bastante acelerado, reafirmando o seu papel de principal instituição de educação superior e de pesquisa do Uruguai que permanece até hoje. “Cabe mencionar que, nesta última década, a Udelar concentra em média mais de 83% dos ingressos à educação universitária”, afirma Sergio Núñez, no relatório ‘La Formación en el Área de la Salud de la Udelar’, publicado pela Divisão de Recursos Humanos do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS)

A formação técnica em saúde

A despeito de ter sido criada em 1849, foi apenas em 1874, com a criação de cursos de física e história natural, que a Udelar dá os primeiros passos na organização dos estudos médicos a serem inseridos posteriormente. Um ano depois, com a publicação do decreto de 15 de dezembro de 1975, é estabelecida a Faculdade de Medicina de Montevideu, cujo primeiro plano de estudos é aprovado em 1877. Seguidas dificuldades para o ensino clínico acabaram por definir a construção de um hospital universitário, cujas obras tiveram início em 1930. Em 1950, começa a funcionar o Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela e logo é criada a Seção de Auxiliares de Médico que, em 1965, vira Escola de Colaboradores de Médicos e, posteriormente, Escola de Tecnologia Médica e Escola Universitária de Tecnologia Médica (EUTM). Em 1979, é instituída uma sede da EUTM em Paysandu.

Além da Faculdade de Medicina e da EUTM, a área de saúde da Udelar compreende as Faculdades de Odontologia, Enfermagem e Psicologia; as Escolas Universitárias de Tecnologia Odontológica (ETO), de Nutrição e Dietética (EUNYD) e de Parteias (EUP); e o Instituto Superior de Educação Física (ISEF), onde são oferecidos seis cursos técnicos em esportes.

Atualmente, a EUTM oferece 18 programas de formação de graduação, os quais conferem a seus egressos os títulos de técnicos, tecnólogos ou licenciados, de acordo com a carga horária dos cursos, que pode ir de 2,5 mil a 4 mil horas. Na ETO, são formados assistentes em odontologia, higienistas em odontologia e laboratoristas em odontologia; na EUNYD, há a licenciatura em nutrição e o curso técnico de operador de alimentos. Na Faculdade de Enfermagem, há formação de auxiliares de enfermagem, como título intermediário da licenciatura na área.

“O fato de estarmos na Udelar representa um diferencial para os nossos alunos. O fato de estarmos numa universidade pública e gratuita determina um perfil bastante específico dos egressos de nossos cursos. Eles não são meramente técnicos”, ressaltou o coordenador da Sede de Paissandu da EUTM, Carlos Planel, durante o II Seminário Internacional Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul (ver a Revista RETS 14).

Ainda que a formação de recursos humanos em saúde também tenha se concentrado historicamente na Udelar, hoje já existem algumas instituições privadas que oferecem cursos nessa área. Na Universidade Católica do Uruguai (Ucudal), criada em 1985, existem cursos técnicos e de licenciatura nas áreas de enfermagem, psicomotricidade, fisioterapia, psicologia e nutrição. O Instituto Universitário Centro de Docência, Investigação e Informação em Aprendizagem (Dediiap) também oferece licenciatura na área de psicomotricidade.

Na Universidade da Empresa, criada em 1998, com apoio das mais importantes câmaras empresariais do país, os cursos da área de saúde – licenciatura, com titulação intermediária de técnico em fisioterapia, enfermagem, imagenologia e laboratório clínico – começaram a ser oferecidos apenas recentemente. “Em 2012, tem início a formação em saúde em instituições privadas com fins lucrativos”, lembra Planel, ressaltando que, no Uruguai, nem no auge do neoliberalismo, técnicos em saúde eram formados no sistema privado. No âmbito do Ministério de Defesa Nacional (MDN) também são ministrados cursos de auxiliar de enfermagem e de auxiliar de farmácia.

Enquanto a Udelar tem autonomia para regulamentar seus cursos, nas universidades privadas, os cursos devem ser reconhecidos e autorizados pelo MEC. A habi-

Anatomia Patológica, Cosmetologia Médica, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Hemoterapia, Imagenologia, Instrumentação Cirúrgica, Laboratório Clínico, Neurofisiologia Clínica, Neumocardiologia, Oftalmologia, Podologia, Psicomotricidade, Radioisótopos, Radioterapia, Registros Médicos, Saúde Ocupacional e Terapia Ocupacional.

litação profissional na área da saúde, por sua vez, está sob responsabilidade do Departamento de Habilitação e Controle de Profissionais da Saúde do Ministério de Saúde Pública (MSP).

Alguns problemas que devem ser discutidos

Como se pode perceber, a formação de trabalhadores técnicos para a área da saúde no Uruguai está concentrada na Udelar e, conseqüentemente, em Montevideu. Ainda que tenha havido algumas iniciativas de descentralização, com aberturas de algumas unidades de ensino no interior do país. Isso ainda não resolve o problema, como explica Carlos Planel: “No interior, os jovens escolhem as carreiras de acordo com a disponibilidade e não por opção própria”.

Outro desafio destacado pelos integrantes da equipe da EUTM responsável pela pesquisa multicêntrica (‘A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional’) no Uruguai – Patricia Manzoni, Carlos Planel, Gonzalo Fierro e Juan Mila – foi a constante tensão entre a teoria e a prática no processo formativo. Também integram a pesquisa, além do Uruguai, a Argentina, o Paraguai e o Brasil.

Mas esses não são os únicos problemas. De acordo com a coordenadora do Projeto Mercosul, Marcela Pronko, da EPSJV/Fiocruz, o Uruguai não é exceção no fato de a oferta de formação para trabalhadores técnicos para a saúde estar estruturada pela demanda e pela lógica do mercado de trabalho. “O resultado disso é uma grande distância entre as necessidades dos sistemas públicos de saúde e a oferta de técnicos”, explicou Marcela, no II Seminário Internacional Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul. “É uma formação que não se pauta pelas diretrizes, necessidades e princípios orientadores dos sistemas públicos de saúde”, lamentou.

Na próxima edição da Revista RETS, você poderá conhecer um pouco sobre cada uma das carreiras técnicas de saúde que existem no Uruguai. ■

Todos os documentos utilizados para a elaboração desta matéria estão disponíveis no site da RETS (www.rets.epsjv.br), em países > Educação de Técnicos em Saúde > Américas > Uruguai.