

**BASES PARA UM PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE
TÉCNICOS EM SAÚDE ¹****INTRODUÇÃO**

A formação de pessoal técnico e auxiliar em saúde como processo institucionalizado teve um grande impulso da década de 50 até os anos 70, caracterizando-se pela criação de um importante número de centros educativos com ofertas diversificadas de carreiras técnicas. Suas orientações centrais acompanharam os processos de especialização do conhecimento tecnológico e da crescente divisão do trabalho nos serviços de saúde, decorrente da crescente incorporação tecnológica e da ênfase na atenção primária na maioria dos países. Essas mudanças obedeceram às especificidades sociais, políticas, econômicas e epidemiológicas dos países latino-americanos e africanos.

Nos anos 70 e princípio dos 80, o Programa de Recursos Humanos da Organização Pan-americana de Saúde - OPAS/ Organização Mundial de Saúde - OMS iniciou uma linha de trabalho nessa área. Várias reuniões regionais foram realizadas em lugares estratégicos como Cuba, Venezuela, Washington e Quito com a finalidade de reconhecer os problemas comuns do pessoal técnico e auxiliar de saúde.

Como produto dessas reuniões, foi construído uma importante base de conhecimento sobre os problemas da fragmentação de critérios, conceitos e definições em torno da formação e utilização desses trabalhadores da saúde na América Latina. Também se assinalava a necessidade de compartilhar

¹ Esse documento foi elaborado tendo como base o documento preparado pela OPAS/OMS, em agosto de 2005 por Silvina Malvárez - Assessora Regional de Recursos Humanos de Enfermagem e Técnicos em Saúde. Unidade de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS/OMS, e Maricel Manfredi - Ex-Assessora Regional de Recursos Humanos de Enfermagem e Técnicos em Saúde. Unidade de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS/OMS. Contém contribuições de uma equipe de professores e pesquisadores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz.

experiências entre países e muitos iniciaram ações em resposta a estas iniciativas, incentivando alguns intercâmbios. Porém, os esforços realizados pelo estímulo da cooperação ou por iniciativa própria dos países não foram suficientes com as ações empreendidas. De todo modo, o tema da formação de técnicos em saúde foi incorporado à agenda de recursos humanos em saúde na América Latina com apoio da OPAS/OMS. No continente africano, ações dessa natureza ainda necessitam adquirir maior visibilidade e reconhecimento na agenda mundial.

1 - O CONTEXTO DA EDUCAÇÃO TÉCNICA NO MUNDO

A problemática da educação técnica como política que articula trabalho e educação tem sido intensamente estudada e debatida nacional e internacionalmente, especialmente a partir das mudanças societárias processadas mundialmente desde a década de 70. Tais mudanças advêm da crise do modelo econômico-político representado pela combinação do taylorismo-fordismo com o keynesianismo, associadas, ainda, com a crise do chamado socialismo real.

Essas mudanças têm-se manifestado com especificidades nos campos do trabalho e da educação. No primeiro campo, o desemprego causado pelo avanço das forças produtivas na forma de novas tecnologias e novos materiais se associa à desregulamentação das relações de trabalho. O trabalho precário, a terceirização de atividades e a exclusão de amplos contingentes de trabalhadores do mercado formal de trabalho são fenômenos que ocorrem, com amplitudes diferenciadas, em todo o mundo. Disso decorre a tendência à desqualificação do trabalho e do trabalhador como elemento específico de um processo mais complexo de deterioração das relações sociais, convivendo, entretanto, com complexas tecnologias e nichos de trabalho qualificado.

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

Por outro lado, vê-se uma capacidade inesgotável da humanidade em transformar os conhecimentos em forças produtivas, promovendo inovações tecnológicas admiráveis, a compressão do espaço e do tempo, a realidade virtual, dentre outros fenômenos que, por sua vez, instauram novas possibilidades de produção da existência humana, não fosse a apropriação privada dessas possibilidades e de seus respectivos benefícios. Nesse contexto, surgem novas necessidades sociais, novas profissões, novos modelos de gestão do trabalho e, junto deles, novos requerimentos quanto aos saberes, ao comportamento e à personalidade dos trabalhadores; desses sendo exigida capacidade de diagnóstico, de solução de problemas, aptidão para tomar decisões, trabalhar em equipe, enfrentar situações em constantes mudanças e intervir no processo de trabalho para melhoria da qualidade dos processos, produtos e serviços.

O setor saúde também sofre os impactos do processo de ajuste macro-estrutural, mas, ao mesmo tempo, busca a melhoria de processos e serviços através de novas formas de organização do trabalho e de investimentos em programas de educação técnica dos trabalhadores.

Dentre esses impactos, deve-se destacar as tendências de diminuição das responsabilidades do Estado com a garantia de direitos sociais, transferindo-as para o mercado, conforme o ideário neoliberal. Nessa perspectiva, o Estado deixaria de ser executor e provedor para restringir suas funções à regulação e avaliação de políticas, bem como, a captação de investimentos internacionais. O Relatório Mundial da Saúde de 2006 demonstra que, “em muitos países, a reforma do setor saúde como parte de ajustes estruturais reduziu a oferta de empregos no setor público e limitou os investimentos na educação dos trabalhadores de saúde” (p. 6). Além disso, abriu-se espaço para a expansão de serviços de saúde fora da esfera público-estatal, dando lugar a planos de assistência privada e modelos de medicina de grupo, que se opõem à consolidação de sistemas universais de saúde pública

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

e se mantêm atrelados ao paradigma curativo centrado na doença e na atenção individual. Outras conseqüências foram os processos de terceirização da força de trabalho, a desregulamentação das relações trabalhistas que incidiram sobre direitos conquistados sob o Estado de Bem-Estar Social, fenômenos esses que redundaram na precarização do trabalho e na deterioração das condições de vida de grande parcela da população.

Os ajustes macroestruturais advindos do modelo neoliberal produziram contextos sociais em que se aumentam riscos e agravos à saúde relacionados aos baixos Índices de Desenvolvimento Humano em vários países. Sobre isto, o Relatório de Desenvolvimento Humano da ONU, de 2005, constata que as grandes desigualdades não foram resolvidas pelo modelo neoliberal; ao contrário, foram agravadas. No caso da saúde, identifica-se o que foi chamado como “lei da atenção inversa”, isto é, que:

“A disponibilidade da atenção médica é inversamente proporcional às necessidades. As desigualdades nos recursos para a saúde são um aspecto medular desta lei. O gasto per capita na saúde flutua entre uma média superior a US\$3.000 nos países de ingresso alto da OCDE que têm os riscos de saúde mais baixos e US\$78 nos países de ingresso baixo que têm os riscos mais elevados, e muito menos em vários dos países mais pobres.” (ONU, 2005)

Movido por essa preocupação, o Relatório Mundial da OMS (2006) destaca a crise da força de trabalho em saúde como uma questão estratégica, elegendo 2006-2015 como a *Década de Recursos Humanos*. Esse relatório destaca a necessidade de se construírem instituições fortes para a educação técnica que garantam a formação de qualidade. Juntamente com essa diretriz, o *Chamado à Ação de Toronto* (2005), aprovado na Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde², aponta que a construção de políticas de desenvolvimento dos recursos humanos em saúde que visem aos

² Reunião realizada em 4 a 7 de outubro de 2005, em Toronto, Canadá.

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

Objetivos de Desenvolvimento para o Milênio³ devem ser construídos coletivamente, resgatando-se o princípio de que “o trabalho em saúde é um serviço público e uma responsabilidade social” (p. 4). A partir dessa premissa, ressalta, entre outros, dois temas que deverão ser abordados adequadamente na formulação de intervenções e no plano de recursos humanos, a saber: o fortalecimento da capacidade de liderança dos sistemas de saúde pública e o incremento do investimento na força de trabalho em saúde.

Não obstante, o documento do Observatório de Recursos Humanos da OPAS (2004)⁴ afirma, para o caso da América Latina que, muito embora a situação dos recursos humanos em saúde varie entre os países da região das Américas, todos eles enfrentam profundos desequilíbrios na disponibilidade, composição e distribuição da força de trabalho. Segundo essa organização, tais desequilíbrios podem tomar a forma de uma escassez aguda de pessoal de saúde, de problemas crônicos e persistentes de distribuição inadequada da força de trabalho com respeito às necessidades, ou de desigualdades na composição dos provedores de serviços de saúde com relação à população atendida. Essa crise ocorre combinada com a deterioração das condições de trabalho, sistemas de incentivo deficientes e falta de estratégias adequadas para a manutenção de trabalhadores de saúde.

³ em setembro de 2000, a maior reunião de líderes das Nações adotou a Declaração das Nações Unidas para o Novo Milênio. Essa Declaração, endossada por 189 países, foi traduzida estabelecendo-se objetivos a serem alcançados até 2015, denominados como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (*Millennium Development Goals – MDGs*). Os oito MDGs foram construídos com base nos acordos feitos nas conferências das Nações Unidas durante os anos de 1990 e representam compromissos com: I - redução da pobreza; II – superação da fome; III - combate à doença; IV - promoção da saúde; V - superação da iniquidade entre os gêneros; VI - superação da carência em educação; VII – superação da desigualdade no acesso à água limpa; VIII - superação da degradação ambiental. Os MDGs são densos e compactos, reconhecendo-se a contribuição que os países desenvolvidos podem dar através da negociação, da assistência para o desenvolvimento, da liberação de dívidas, do acesso à medicina essencial e da transferência de tecnologia. Disponível em <http://www.who.int/hrh/em/>. Acesso em 30/04/2005.

⁴ Documento elaborado na 134ª Sessão do Comitê Executivo da Organização Pan-americana de Saúde (Washington. 2004, p. 1).

Na África, é largamente reconhecido que a insuficiência da força de trabalho em saúde é um dos principais problemas e desafios para a consecução dos objetivos do milênio, especialmente quanto à redução da pobreza e da morbidade. Estudos da OMS demonstram que a densidade da força de trabalho em saúde é em média 0,8/1000 habitantes, um índice significativamente baixo comparado com a média mundial de 5/1000. Esse problema é agravado pelo fenômeno conhecido como “fuga de cérebros”, isto é, o êxodo de profissionais de nível superior para os outros países, que, aliado a tantos problemas de saúde, colocam a África no epicentro da crise global da força de trabalho em saúde. Esse cenário demonstra que o enfrentamento dos problemas de saúde nesse continente implica, entre outros aspectos, o fortalecimento de políticas de formação de profissionais de saúde, especialmente técnicos.

O presente documento contém bases para discutir e concertar diretrizes para o desenvolvimento de técnicos em saúde, caracterizando, inicialmente, esses trabalhadores e, em seguida, o desenvolvimento e organização da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde.

2 - OS TÉCNICOS EM SAÚDE

Os estados-membros das Nações Unidas, em setembro de 2000, assumiram o compromisso de trabalhar por um mundo no qual o desenvolvimento sustentável e a eliminação da pobreza tiveram a mais alta prioridade. Para o sucesso desse compromisso foram fixadas 17 metas como marco para medir o progresso do desenvolvimento nessa área. Essas metas centram os esforços da comunidade mundial para impactar de forma significativa e quantificável a vida das pessoas e estabelecem padrões para medir os resultados, não somente para os países pobres, mas também para todos os países ricos que ajudam a financiar os programas de desenvolvimento

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

e para as instituições multilaterais que ajudam os países a implementá-los.⁵ Especificamente sete dessas metas estão diretamente relacionadas com a área da saúde, como: a redução da mortalidade infantil; a melhoria da saúde materna; o combate ao HIV/AIDS, à malária e a outras enfermidades. Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio representam uma oportunidade e um desafio para os países. Esses objetivos colocam a saúde no centro do impulso que conduz ao desenvolvimento. Por outro lado e de acordo com as referidas metas, a OPAS-OMS e seus corpos diretivos têm direcionado a estratégia para grupos específicos de população que são afligidos pelas maiores iniquidades em matéria de saúde da região: populações de baixa renda, grupos marginalizados ou discriminados por razões étnicas, raciais, de gênero ou idade. A alguns países foi dada prioridade, entre eles Bolívia, Guiana, Haiti, Honduras e Nicarágua. O Secretariado seguirá cooperando com os países, mas necessitará intensificar sua cooperação técnica com os países antes mencionados através de novos enfoques para lograr reduzir as brechas entre eles.

As oito esferas prioritárias para a cooperação técnica são a prevenção, controle e redução das enfermidades transmissíveis; promoção de modos de vida e entornos sociais saudáveis; crescimento e desenvolvimento saudáveis; promoção de entornos físicos seguros; manejo de desastres; acesso universal a sistemas de saúde integrados e sustentáveis para a atenção individual e de saúde pública; promoção da intervenção eficaz dos assuntos de saúde na formulação de políticas sociais, econômicas, culturais e de desenvolvimento.⁶

Dentro desse contexto, os recursos humanos de saúde são um eixo fundamental para o logro das metas e estratégias propostas já que sobre eles recai a implementação das ações de saúde.

Nos processos de reforma dos sistemas de saúde, o princípio de equidade e o incentivo à qualidade obrigam a contar com uma força de trabalho

⁵ ONU (2002) Metas de Desenvolvimento do Milênio. Departamento de Informação Pública.

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

qualificada dentro do nível de sua formação e contar também com um reconhecimento socio-profissional que envolve temas como a criação de carreiras públicas e vínculos institucionais que garantam os direitos do trabalhador.

Existe também a tendência nos serviços de saúde à diminuição de certos tipos de emprego na área hospitalar enquanto, em relação à atenção comunitária e ambulatorial, a tendência é de crescimento dessas ações dentro do ambiente institucional. Isso propõe desafios para a formação do recurso humano em saúde já que se prevê a necessidade de qualificar uma força de trabalho que logrou historicamente pouca ou nenhuma qualificação.

Associa-se a isso a tendência a modalidades flexíveis nos contratos de trabalho. Muitas das propostas de leis trabalhistas adotam a flexibilização como critério essencial para diminuir custos trabalhistas e gerar condições de competitividade. Aliada à deficiência de formação dos trabalhadores, a situação de degradação gerada pelos mecanismos de flexibilização adotados, é um fator que contribui para a baixa qualidade da atenção.

Um dos processos mais importantes é a formação de equipes de saúde que possam oferecer atenção à saúde à maioria da população, em consonância com as metas a que se propuseram as diferentes organizações e países. Essas equipes devem estar compostas por profissionais graduados, técnicos e auxiliares, incluindo agentes de saúde, promotores e outros que possam contribuir para ampliar a cobertura, e ao mesmo tempo, realizar ações de Atenção Primária em Saúde – APS e promoção da saúde a toda a população, além de dar impulso ao desenvolvimento social com qualidade e pertinência, dentro de um sistema de atenção.

Na publicação sobre Saúde Pública nas Américas afirma-se que nunca é excessiva a ênfase colocada na diversidade da força de trabalho. As Funções Essenciais da Saúde Pública são responsabilidade de muitas categorias de

⁶ OPAS/OMS. (2003) Estratégia de Gestão para o Trabalho da Oficina Sanitária para o Período 2003-2007. 44^o Conselho Diretivo – 55^{ta} Sessão do Comitê Regional. Washington, DC.

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

profissionais e ocupações distribuídas por toda a estrutura dos sistemas de saúde: clínicos gerais, enfermeiras e enfermeiras de saúde pública e, do primeiro nível de atenção, auxiliares de enfermagem, técnicos de saneamento, engenharia sanitária, trabalhadores comunitários, educadores de saúde, divulgadores de meios sanitários, administradores, etc. Levando em conta o anterior, a incorporação do pessoal técnico e auxiliar é de grande importância para as ações de APS, já que esse grupo representa um contingente importante.

A formação dos auxiliares de saúde e de agentes comunitários nas Américas, com diversas denominações, tem uma grande trajetória. Seu maior impulso foi nos anos 70, com o Plano Decenal de Saúde das Américas. Na III reunião de Ministros de Saúde das Américas, em 1972, chegou-se à conclusão de que os serviços de saúde não conseguiam fazer chegar seus benefícios à maioria da população. Isso gerou a política de extensão de cobertura para resolver o que naquela época denominava-se a crise de acessibilidade. Especial ênfase foi dada nesse plano à formação dos recursos humanos, recomendando-se a formação de um maior número de enfermeiras profissionais e instando-se ao mesmo tempo a formação de pessoal auxiliar sanitário a fim de tornar real a acessibilidade dos serviços de saúde à população.

Cada país, de acordo com suas necessidades, promoveu a formação de pessoal auxiliar sanitário e de enfermagem, dando diferentes denominações (auxiliares sanitários, agentes comunitários, promotores de saúde, etc). Várias reuniões foram feitas para definir especialmente as funções e o perfil desse pessoal, assim como os alinhamentos do currículo que permitiram consolidar as bases para um plano de estudo básico possibilitando incluir as diferenças de acordo com as necessidades de cada país. O tempo de formação do auxiliar variava de seis meses até dois anos, contando-se um ano de prática supervisionada. Várias dessas experiências bem sucedidas foram desenvolvidas e publicadas nas revistas da OPAS.

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

Numa reunião celebrada em San José de Costa Rica, em 1995, sobre utilização de auxiliares e líderes comunitários em programas de saúde rural, definiu-se o termo “Pessoal Auxiliar Rural” como “aquele funcionário do serviço de saúde que recebeu treinamento, trabalha em serviços mínimos de saúde para populações que vivem em zonas rurais e realiza tarefas específicas em atenção materno-infantil, incluindo nutrição e planejamento familiar, vigilância epidemiológica e imunizações, atenção primária de doenças prevalentes na área de primeiros auxílios, saneamento ambiental, estatísticas vitais e fomento da comunidade”.⁷

Nessa mesma época, no contexto pós-independência dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), a estratégia de cuidados primários de saúde foi a meta prioritária, que representou um esforço importante no sentido de ampliar a cobertura dos serviços de saúde, contando com a mobilização da população para a indicação de agentes de saúde comunitários, a maioria voluntária e sem vínculo empregatício com as instituições estatais.

Com o advento da estratégia de Atenção Primária em Saúde promulgada em Alma Ata em 1978 foi colocada a necessidade de alcançar a meta de Saúde para Todos no ano 2000. Essa meta requeria a mobilização política e o desencadeamento de processos de transformação dos sistemas de saúde, oferecendo serviços de saúde a toda a população de forma escalonada e com qualidade, propondo de novo o problema da acessibilidade e cobertura universal, utilizando tecnologias apropriadas de acordo com os recursos existentes. Essa estratégia instou novamente os países a formarem trabalhadores profissionais, técnicos, auxiliares e comunitários, de acordo com os princípios da estratégia da Atenção Primária. Foi promovida então, a formação de pessoal no âmbito local extraído da mesma comunidade,

⁷ OPAS/OMS. (1975) Utilização de auxiliares e líderes comunitários em programas de saúde na área rural. Publicação Científica No 296. Washington, DC.

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

definindo-se como um pessoal voluntário que exercia funções de promoção da saúde, da educação e da referência.

A estratégia da Atenção Primária à Saúde seguiu promovendo-se, no final dos anos 80 e 90, através de novas formas de organização dos sistemas de saúde de acordo com as mudanças contextuais nos países e no âmbito global; diversificou-se o conceito e a ação dessa estratégia e as intervenções mais diretas focaram-se na atenção materno-infantil e no saneamento ambiental principalmente.

Durante a década de 90, começa a tomar forma, como no caso brasileiro, a concepção do modelo de Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização de um sistema integrado e articulado de serviços de saúde, em contraposição a uma concepção de programa seletivo e focado em determinados grupos populacionais ou entendido como o nível primário do sistema, de baixa complexidade e menor custo, desarticulado dos outros níveis de atenção. Essa concepção hierarquizada do sistema de saúde reproduz a lógica mecanicista e flexineriana de reificação das especialidades médicas, sem reconhecer a complexidade do processo de trabalho e das ações de saúde na Atenção Primária. Portanto, a função e a formação dos trabalhadores comunitários devem refletir a especificidade e os desafios da organização do trabalho na consolidação dos sistemas de saúde atuais, que pretendam a universalização do acesso e a participação popular.

A experiência no desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde é bastante positiva e creditam-se a ela progressos na ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde com maior projeção na comunidade, maior mobilização de recursos e participação de atores comunitários, como são os programas de imunizações, atenção materno-infantil, o acesso a medicamentos essenciais, a educação sanitária e o abastecimento de água e saneamento básico, entre outros.

Porém persiste a falta de equidade no acesso aos serviços de saúde e existe um notável grau de exclusão com relação aos mecanismos de proteção

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

social. Geralmente as populações que vivem em zonas rurais são as que têm menor acesso aos serviços de saúde e são economicamente carentes; muitas dessas populações pertencem a grupos étnicos marginalizados recentemente. Tem-se colocado também em evidência as dificuldades de acesso e atenção à saúde em zonas periurbanas das grandes cidades.

Problemas têm vindo à tona por conta da baixa qualidade da atenção nos serviços de saúde e muitos países da Região das Américas enfrentam grandes desafios nessa área. Suas múltiplas manifestações incluem, entre outros problemas, a baixa resolução do nível primário de atenção, a falta de coordenação dos diferentes níveis assistenciais, o uso insuficiente dos recursos e a insatisfação dos usuários.

A Região das Américas tem feito grandes esforços na incorporação de uma força de trabalho não médica e de agentes comunitários e no fortalecimento da participação social. Porém, esses progressos são insuficientes. Ainda existem muitas realidades locais onde a participação da comunidade se reduz somente a processos consultivos de caráter esporádico. Muitos dos trabalhadores comunitários que trabalham nesses níveis não recebem apoio e supervisão adequada, assim como operam sem a infraestrutura sanitária necessária para suas ações e suas necessidades de educação permanente.

É importante então que a experiência dos países seja centrada na reorientação dos serviços para a promoção da saúde e a prevenção das enfermidades mediante uma firme vontade política para reformular o modelo de atenção de saúde, ampliando a concepção do modelo assistencial com a incorporação da lógica territorial/comunitária que promova a atenção ambulatoria, facilite a produção de serviços em nível não-clínico como são as escolas, lugares de trabalho, domicílio e a aplicação dos enfoques familiar e comunitário que possibilitem um conhecimento adequado da realidade física, socioeconômica e cultural da população.

As tendências mundiais e regionais observadas nos últimos 25 anos assinalavam que é possível melhorar a qualidade dos serviços de saúde mediante: o desenvolvimento e aplicação de modelos assistenciais centrados na família e na comunidade com exemplos como o do Brasil. Essa tendência se complementa com a busca de modelos de serviços de saúde mais integrais, exaustivos, coordenados e regulares, o fortalecimento da capacidade das equipes locais de saúde e da comunidade para avaliar e atender às expectativas e demandas de saúde no marco dos processos de descentralização.

Isso requer ainda um esforço sustentado tanto para desenvolver e melhorar as capacidades do pessoal mediante ações educativas como para a geração e sustentabilidade de sistemas de incentivos para manter e reter o pessoal em práticas sanitárias de qualidade nos níveis locais de saúde⁸. O reconhecimento socioprofissional e o desenvolvimento das competências técnicas, clínicas e de saúde constituem estratégias importantes para contribuir a alcançar a saúde para todos e a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Para isso é necessário ajustar os programas de desenvolvimento e formação de trabalhadores e práticas gerenciais atuais que mobilizem as mudanças. Nessa reorganização dos programas de recursos humanos parece importante revisar a formação de pessoal comunitário como apoio à extensão de cobertura e ações de Atenção Primária, analisar a qualidade dos centros de formação atualmente descentralizados e sem reconhecimento legal. É importante também conhecer a quantidade de pessoal existente e em formação, os diferentes programas que são oferecidos, a definição de competências, assim como o desenvolvimento de programas de educação permanente que permitam oferecer uma atenção de qualidade.

⁸ OPAS/OMS (2003) Atenção Primária da Saúde nas Américas: lições extraídas ao longo de 25 anos e desafios para o futuro. 44to Conselho Diretivo – 55ta Sessão do Comitê Regional. Washington, DC

No processo de reconstrução de um projeto de formação de pessoal comunitário será importante analisar as experiências positivas em alguns países, sua viabilidade, as dificuldades encontradas e as formas de inserção nos serviços de atenção de saúde. No Brasil, a criação da profissão de agente comunitário de saúde, sua incorporação ao sistema de saúde como um trabalhador não voluntário e a determinação de sua formação como de nível técnico são exemplos do reconhecimento dado a esse trabalhador, que passa a constituir uma categoria profissional essencial na conformação de um sistema de saúde organizado a partir do modelo de Atenção Primária.

O Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS-OMS, desde 1995, tem retomado uma linha de cooperação sobre os técnicos de saúde, em resposta a sua necessidade expressada pelos países no contexto das reformas do setor. O ponto de partida dessa nova etapa consistiu na realização da investigação que foi denominada “Estudo sobre a Situação Atual da Formação de Pessoal Técnico em Saúde.”

Esse estudo abrangeu 70 centros de formação em 16 países do continente americano. Os resultados permitiram identificar algumas áreas críticas como: deficiência dos processos de planejamento de recursos humanos e, por conseqüência, dos técnicos em saúde; pouca definição do âmbito de ação do pessoal técnico e auxiliar; inexistência de informação sistematizada sobre educação, trabalho e regulação; e desatualização dos planos de estudo em virtude das novas mudanças produzidas pelas reformas do setor. Também se identificou carência de material bibliográfico específico, ausência de programas de educação permanente, subvalorização do papel do técnico nos processos de trabalho e ausência de incentivos e de políticas institucionais para seu desenvolvimento.

Esse estudo indicou que na América Latina e Caribe existem 390 programas de formação “técnica”. São incluídos distintos níveis de formação, desde auxiliares a profissionais em distintas especialidades técnicas. A maior parte desse tipo de pessoal é formada nos ministérios de saúde e seguridade

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

social, existindo muito poucos programas no âmbito da universidade. Nos últimos tempos, e dados os mecanismos de flexibilização da formação, têm proliferado os centros de formação desse pessoal no âmbito privado, alguns deles de muito baixa qualidade. Isso, juntamente com a falta de mecanismos de regulação, faz com que a qualidade da prestação de serviços por esse pessoal não seja a adequada. Faz-se necessário propor a necessidade de definir os perfis ocupacionais, a instituição de mecanismos de regulamentação das instituições de ensino e, quando pertinente, um sistema de acreditação.

Antes desse, é necessário chegarmos a uma definição sobre os técnicos em saúde. O estudo realizado pela OPAS-OMS em 1995 propôs uma definição operacional de técnico em saúde:

“O Técnico em Saúde realiza ações específicas no campo da saúde fundamentalmente sistematizadas e toma decisões dentro da área de sua competência. Colabora com o pessoal de nível superior para facilitar a melhor utilização e rendimento dos serviços de saúde. Executa suas ações com a supervisão direta ou indireta do pessoal de nível superior, assim como pode exercer funções de supervisão a pessoal de igual ou menor qualificação. A complexidade de suas ações é maior que a do pessoal auxiliar e menor que a do pessoal de nível profissional ou seu equivalente. O técnico qualifica-se mediante cursos legalmente reconhecidos que são dados em centros docentes aprovados de acordo com as exigências jurídicas de cada país”.⁹

Essa definição é coerente com a organização do trabalho em saúde, que apresenta, ainda, um forte componente taylorista/fordista – baseada em postos de trabalho separados; tarefas simples e rotineiras, geralmente prescritas; intensa divisão técnica do trabalho, com a separação entre concepção e execução e um grande contingente de trabalhadores com baixa autonomia para intervenção no processo de trabalho. Esse tipo de divisão do trabalho confere ao trabalhador técnico as funções hierarquicamente intermediárias. No campo da saúde isso se apresenta de forma mais acentuada devido à influência do chamado complexo médico-industrial, que faz com que, muitas

⁹ OPAS/OMS (1996) Informe da reunião de Formação e utilização de técnicos médios em saúde na Região das Américas. Série Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde No. 1. Washington.

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

vezes, as indústrias de equipamentos médicos e as empresas farmacêuticas se ocupam da qualificação e treinamento dos técnicos.

Não obstante, verificam-se, desde a década de 80, as influências do planejamento estratégico e da administração participativa nas políticas de saúde. Disso decorre a preocupação com um tipo de formação do trabalhador em saúde que o habilite para maiores níveis de comprometimento, envolvimento e participação, tendo em vista a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Essas tendências têm sido acompanhadas pela inserção de inovações tecnológicas nos processos de trabalho em países mais desenvolvidos, de tal forma que, apesar de ocupar funções intermediárias, o trabalho dos técnicos tende a adquirir maior complexidade em outros países, porém, é exatamente a escassez de recursos tecnológicos que exige dos técnicos uma atuação polivalente, com algum nível de iniciativa e criatividade. Sob uma ou outra condição, a capacidade de esses trabalhadores enfrentarem as situações imprevistas, com autonomia e responsabilidade, é enfatizada.

Além disso, a necessária superação da dicotomia entre os modelos curativo e preventivo desafia os sistemas de saúde à construção de políticas e ações pautadas na integralidade da atenção à saúde, que passa a ser um atributo das práticas profissionais e das organizações dos serviços e do sistema. Sob esse princípio, é necessário que o técnico conheça e compreenda os determinantes sociais da saúde e se aproprie das diretrizes que orientam as políticas de saúde, bem como seus principais problemas e desafios.

Dessa forma, é preciso que, além de competência técnica, o trabalhador técnico disponha de uma visão global do processo de trabalho e das políticas de saúde, para que possa se antecipar a problemas, propor soluções e aprimoramentos, e agir com responsabilidade e autonomia diante de situações imprevistas. Para isso é necessário que o técnico compreenda os fundamentos científico-tecnológicos que estão na base do processo de trabalho

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

em saúde e os fatores determinantes sociopolíticos do quadro epidemiológico de seu país, além de dispor de conhecimentos que permitam interpretar a realidade em que vive, contribuindo para transformações necessárias à melhoria da qualidade de vida da população. Conviria, então, ampliar a definição sobre o que é o técnico para além da dimensão operacional, incorporando a esfera dos saberes, conhecimentos e valores que estruturam o processo de trabalho, nas suas dimensões prescrita e não-prescrita, assim como as relações sociais em geral. A ampliação que propomos se resume, objetivamente, nos seguintes termos:

A formação do técnico se assenta sobre uma sólida base de conhecimentos gerais proporcionados tanto pela educação básica quanto pela formação técnica, à qual se integram conhecimentos científico-tecnológicos e sociopolíticos, necessários ao exercício técnico-profissional e social com responsabilidade, autonomia, compromisso e ética.

Ampliando-se essa definição, cremos que, no contexto das transformações atuais da prestação de atenção à saúde, o desenho do currículo deve ser repensado para a formação técnica por suas características qualitativamente diferentes na atualidade. Para reformular os enfoques da formação do técnico e do auxiliar em saúde, é importante levar em conta as transformações sociais de saúde e de educação nos países. Entre as quais se encontram as mudanças operadas nos processos de trabalho, as reformas dos sistemas de saúde e educação, a necessidade de reconversão e desenvolvimento profissional, a preparação de trabalhadores para enfrentar os processos de reestruturação produtiva, assim como a participação em distintas equipes de trabalho, a qualidade do produto final em função de pessoas competentes, a internacionalização e os novos papéis ocupacionais, a integração da escola com o trabalho.

Faz-se necessária então a formação ética do pessoal com especial ênfase em princípios tais como a igualdade e o respeito à dignidade das pessoas. Também requiere-se enfatizar nos processos de regulação e

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

creditação dos programas assim como na adoção de programas de melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde.¹⁰

Por tudo anteriormente mencionado, é necessário seguir trabalhando para fortalecer a Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde no âmbito da América Latina, Caribe, Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e Portugal, dentro de um contexto em mutação seguindo os postulados das novas reformas em saúde pública e a renovação da estratégia de Atenção Primária.

Na última reunião de avaliação dos projetos da RETS, realizada em 2001 em Porto Rico, e também na reunião realizada no Brasil em 2005, afirmou-se a necessidade de dar continuidade à RETS e, ao mesmo tempo, recomendou-se fortalecer sua estrutura, dando apoio à Secretaria Executiva, assim como aumentar sua visibilidade, reforçar os sistemas de informação e comunicação, atualizar o estudo sobre a força de trabalho, incluindo as categorias de pessoal não trabalhadas no primeiro estudo (que pode ser necessário para os processos de renovação da estratégia de atenção primária), recopilar as experiências desenvolvidas sobre perfis ocupacionais, regularizar os processos curriculares de formação e estabelecer os lineamentos de acreditação assim como o surgimento de novos projetos.

A designação como Centro Colaborador da OMS, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz, no Brasil, no ano 2004, constitui um marco de transcendência para renovar e enriquecer a cooperação técnica na área de técnicos em saúde.

¹⁰ Davini, C., Borrel, R. e Castillo, A. (2000) La formación de personal técnico em saúde: el diseño de instituciones abiertas. Cap 1.: El desarrollo de técnicos em saúde, un desafío para la

3 - RETS: ESTRATÉGIA PARA UMA AÇÃO COORDENADA E DE COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

O “Estudo sobre a Situação Atual da Formação de Pessoal Técnico em Saúde” realizado pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS-OMS, a que nos referimos anteriormente, levou ao delineamento de um novo tipo de cooperação entre os países: a construção de uma rede latino-americana de técnicos em saúde, denominada RETS, com o propósito de facilitar a retroalimentação e a comunicação efetiva, ágil, rápida, e contínua do conhecimento atual e potencial na área de formação de pessoal técnico e auxiliar em saúde. Essa rede foi constituída como uma estrutura ágil e dinâmica que permitiu coordenar atividades e estimular o trabalho a realizar. Esta estrutura se constituiu através de: um grupo dinamizador composto pelos países que a fundaram (Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, México), uma Secretaria Executiva cuja sede localizou-se na Costa Rica, núcleos de desenvolvimento (NUDES) em cada um dos países, um boletim como mecanismo de difusão e intercâmbio, e uma base de dados em referência às instituições educativas nesta área.

A partir de trabalho dos grupos dinamizadores e dos NUDES se desenvolveram vários projetos cuja execução variou devido ao apoio que tiveram das respectivas instituições nos países. Colômbia e Brasil realizaram estudos sobre mecanismos regulatórios no campo da formação de técnicos de saúde. A metodologia utilizada neste estudo permitiu elaborar uma enquête para realizar um diagnóstico sobre a regulação profissional nos países da região, que foi apresentada numa reunião sobre este tema em Porto Rico (1999). O NUDES do México realizou o projeto sobre planejamento de recursos humanos técnicos em saúde, coordenado pela Direção de Ensino Profissional e Técnico da Secretaria de Saúde Pública do México e do qual participou o Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), a Direção de Desenvolvimento

calidad.

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

Curricular do Colégio Nacional de Educação Profissional e Técnica (CONALEP) e a Coordenação de Ensino do Instituto de Saúde e Segurança Social dos Trabalhadores do Estado (ISSTE). Um dos êxitos importantes deste grupo foi a criação de um espaço de diálogo para a coordenação de ações entre instituições no marco da Reforma.

O NUDES da Argentina, Costa Rica e Cuba propuseram organizar um coletivo de autores e editar uma publicação com as experiências de formação de técnicos na América Latina. Fruto deste trabalho foi a edição do livro “O Desenvolvimento de Técnicos em Saúde: um Desafio para a Qualidade.” Este esforço de compilação e trabalho editorial representou a oportunidade para alguns atores da RETS, de sistematizar experiências, de experimentar a elaboração de um documento, e de ter um espaço para publicar seu conhecimento sobre a matéria. Os NUDES da Argentina e do Brasil desenvolveram um projeto de formação de formadores de técnicos em saúde em conjunto com o Programa Regional que foi apresentado pelo Brasil para seu financiamento à Fundação W.K. Kellogg. Os NUDES do Peru e do Paraguai desenvolveram um projeto sobre perfis ocupacionais com base nas competências dos diferentes projetos de formação de técnicos em saúde. No Paraguai realizou-se o delineamento dos perfis ocupacionais e educativos dos planos de estudo de técnicos em saúde correspondentes a este país. Peru conseguiu definir o perfil do técnico de enfermagem. Os países da América Central e República Dominicana formularam um projeto de definição de competências em áreas prioritárias: radiologia, fisioterapia, laboratório clínico, saúde ambiental, órteses e próteses. A etapa referida à definição destas competências e uma primeira validação foram finalizadas. Belize, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, República Dominicana e Costa Rica, formularam o projeto de Detecção de Necessidades de Formação de Pessoal Técnico, convertendo-se, posteriormente, no projeto de Desenvolvimento da Gestão de Técnicos em Saúde, que mesmo sendo aprovado, não prosperou devido às limitações para obter financiamento.

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

Nestes anos de cooperação foram realizadas várias reuniões como parte do plano de trabalho da RETS. Os resultados destas reuniões foram publicados na Série de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS/OMS. Na primeira reunião realizou-se uma análise da situação desse pessoal segundo o estudo e foram propostas as linhas para a constituição da RETS. Numa segunda reunião foi definido o que se concebia como RETS e a metodologia de trabalho. Na terceira reunião foram definidos projetos em quatro áreas: creditação de programas educativos, definição de perfis ocupacionais, desenvolvimento docente e rede informática e bibliográfica especializada.

Com o reconhecimento da EPSJV/FIOCRUZ como Centro Colaborador da OMS para a Educação Técnica em Saúde, estabelecendo como marco de atuação a prioridade de cooperação com países da América Latina, Caribe, e África de Língua Portuguesa, e considerando a necessidade de rearticular a RETS, a Direção do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS-OMS avaliou ser pertinente a transferência da Secretaria Executiva da RETS, até então localizada na Escola de Saúde Pública de Costa Rica, para a EPSJV/FIOCRUZ. Essa transferência foi formalizada em 2005, numa reunião realizada no Brasil, envolvendo essas instituições, na qual se firmou o compromisso de reunir as Escolas Técnicas de Saúde da América Latina, Caribe, África de Língua Portuguesa e Portugal em 2006, com o objetivo de se discutir as bases para a adoção de linhas de desenvolvimento de técnicos de saúde, bem como o Plano de Trabalho da RETS. Objetivo este que logramos agora.

BIBLIOGRAFIA

1. 44º Consejo Directivo 55ª. Sesión del Comité Regional, Estrategia de Gestión para el Trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el período 2003-2007. Washington, DC, Septiembre, 2003.
2. COHRED. Principles of Good Partnerships for Strengthening Public Health Education Capacity in Africa. Report of a Consultative Meeting. COHRED/SARA: Washington, 2004.
3. Davini, C., Borrel, R. M., Castillo, A. La Formación de Personal Técnico de Salud: El Diseño de Instituciones Abiertas, Capítulo 1: El Desarrollo de Técnicos de Salud: Un desafío para la Calidad. 2001
4. OMS. Trabalhando Juntos pela Saúde. Relatório Mundial da Saúde. 2006. (Versão Preliminar em Português).
5. OPS/OMS. Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde. Chamado à ação de Toronto: 2006 – 2015, Rumo a uma Década de Recursos Humanos em Saúde nas Américas. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Organização Pan-americana de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
6. OPS/OMS. Atención Primaria de Salud en las Américas: La Enseñanza Extraídas a lo largo de 25 años y los Retos Futuros. 44º Consejo Directivo 55ª. Sesión del Comité Regional, Washington, DC – Septiembre 2003.
7. OPS/OMS. Relatoría de la Reunión de la Red de Técnicos en Salud (RETS). Puerto Rico 26 y 27 de marzo de 2001.
8. OPS/OMS. Utilización de Auxiliares y Líderes Comunitarios en Programas de Salud en el Área Rural. Publicación Científica No. 296. 1975.
9. Organización de Naciones Unidas: Metas de Desarrollo del Milenio. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. Octubre

RETS

Rede Internacional de Educação
de Técnicos em Saúde

10. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos (1) Relatoría de la Reunión sobre Formación y utilización de Técnicos Medios de Salud en la Región de las Américas. No.1, 1996.
11. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos (3) Informe – Taller Regional Intercambio de Experiencias en la Formación de Trabajadores de Atención Primaria de la Salud, 1977.
12. UNDP. Human Development Report, 2005. United Nations Development Programme. New York: New York, 2005.
WHO. Addressing the HRH Crisis in Africa. An Avenue for Action. Draft for Discussion, 2004.
13. WHO. Addressing the HRH Crisis in Africa. An Avenue for Action. Draft for Discussion, 2004.