

Seminário Internacional: 40 anos de Alma-Ata e o papel dos trabalhadores técnicos em saúde na efetivação de sistemas universais de saúde

4ª Reunião Geral da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS)

4ª Reunião Ordinária da Rede de Escolas Técnicas de Saúde da CPLP (RETS-CPLP)

TERMO DE REFERÊNCIA

A Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS) é uma articulação entre instituições e organizações envolvidas com a formação e a qualificação de pessoal técnico da área da saúde em países das Américas, na África de língua portuguesa e em Portugal. Sua missão é o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, segundo o pressuposto de que a qualificação dos trabalhadores é uma dimensão fundamental para a implementação de políticas públicas de saúde que atendam às necessidades das populações.

São objetivos da RETS:

- I - Compartilhar informações e conhecimentos relacionados às áreas de Saúde, Educação e Trabalho;
- II - Identificar problemas, necessidades e interesses comuns relativos à educação de técnicos em saúde, buscando alternativas que possam ser compartilhadas;
- III - Promover a articulação entre as instituições-membro para ampliar e fortalecer suas atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica;
- IV - Potencializar o desenvolvimento de pesquisas em parceria entre as instituições-membro;
- V - Dar visibilidade à situação atual de formação dos trabalhadores técnicos da área da saúde, facilitando a identificação de tendências e necessidades educacionais;
- VI - Compartilhar metodologias e recursos tecnológicos destinados às atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica relacionadas à educação de técnicos em saúde;
- VII – Propiciar o intercâmbio de docentes e alunos da formação técnica entre as instituições membro com vistas à ampliação e ao fortalecimento do processo educativo.

A criação oficial da RETS aconteceu na Cidade do México, em julho de 1996, durante um encontro que reuniu representantes da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), do Brasil, da Colômbia, da Costa Rica, de Cuba e do México, como uma resposta ao resultado de uma ampla pesquisa multicêntrica, cujos resultados apontaram para inúmeros problemas na formação dos trabalhadores técnicos em saúde na Região das Américas. A ideia era que o trabalho em rede seria fundamental para o enfrentamento da questão.

Na ocasião, a Escola de Saúde Pública da Costa Rica foi definida como sede da Secretaria Executiva da Rede, função que ocupou até 2001, quando a mesma foi desativada. Em setembro de 2005, com a transferência da Secretaria Executiva para a EPSJV/Fiocruz, a Rede foi reativada e hoje reúne cerca de 100 instituições, de mais de 20 países, além de abrigar duas importantes sub-redes: a Rede de Escolas Técnicas da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (RETS-CPLP) e a Rede de Escolas Técnicas da União das Nações Sul-Americanas (RETS-Unasul)¹.

Em 2014, a Escola de Tecnologias em Saúde da Universidade da Costa Rica (ETS/UCR), que sediou a primeira Secretaria Executiva da RETS, solicitou o apoio da EPSJV para a formação de uma nova sub-rede que reunisse os países da América Central e do Caribe. Em 2016, o processo, ainda em curso, avançou e, com apoio da Opas, foram iniciados os preparativos de uma primeira oficina de trabalho no âmbito da 3ª Convenção sobre Tecnologias da Saúde, realizada em março de 2017, em Cuba. Durante o evento, foi definido um plano de trabalho que apontava a necessidade de ampliação de um mapeamento sobre a formação dos técnicos em saúde na região, além da necessidade de constituir um primeiro cadastro com as instituições responsáveis pela formação dos trabalhadores técnicos em saúde em cada um dos países desta região.

A força de trabalho em Saúde: uma preocupação da Saúde Global

A escassez da força de trabalho em saúde foi tema do Relatório 2006 da OMS – ‘Trabalhando Juntos pela Saúde’² –, mas o problema já havia sido identificado muito antes como um dos pontos críticos enfrentados pelos países na consecução dos objetivos internacionais de saúde e desenvolvimento. Nesse sentido, é possível destacar o relatório da Iniciativa Conjunta de Aprendizagem (JLI, da sigla em inglês) sobre Recursos Humanos para a Saúde (HRH, da sigla em

¹A RETS-Unasul teve suas atividades suspensas em 19 de abril de 2018, quando os governos do Brasil, Argentina, Peru, Colômbia, Chile e Paraguai decidiram paralisar, por tempo indeterminado, sua participação na União das Nações Sul-Americanas (Unasul).

²Trabalhando Juntos pela Saúde. Disponível em: http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf

inglês)³, apoiado pela Fundação Rockefeller, lançado em 2004, e a série de fóruns de alto nível sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da saúde, os quais resultaram em várias resoluções da Assembleia Mundial da Saúde exigindo ações internacionais para resolver a crise. No âmbito das Américas e Caribe, vale destacar a publicação do ‘Chamado à Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde (2006-15)’⁴, que reúne as discussões realizadas nos grupos de trabalho da VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em Toronto, Canadá, de 4 a 7 de outubro de 2005. O Chamado buscava mobilizar atores nacionais e internacionais, do setor saúde, de outros setores relevantes e da sociedade civil, para construir coletivamente políticas e intervenções para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, que apontassem para as Metas de Desenvolvimento para o Milênio, para as prioridades nacionais de saúde e o acesso aos serviços de saúde com qualidade para todos os povos das Américas até o ano de 2015.

A decisão de criar uma nova parceria global que reunisse governos, sociedade civil, instituições internacionais e regionais, associações profissionais, academia e setor privado, a fim de se debruçar sobre os principais componentes da questão – saúde, trabalho, gestão, governança, finanças, educação, pesquisa, coleta de dados e planejamento –, foi tomada durante uma Consulta realizada em Oslo em fevereiro de 2005, por um grupo de trabalho técnico especial. Desse momento até janeiro de 2006, foi traçado o Plano Estratégico do que se tornaria a Aliança Global para a Força de Trabalho em Saúde (GHWA, da sigla em inglês).

Em 25 de maio de 2006, durante a 59ª Assembleia Mundial da Saúde, foi criada a Aliança, cujo objetivo era liderar os esforços para o enfrentamento da crise da força de trabalho em saúde, tendo como base científica o Relatório da OMS, com um mandato de dez anos. Em 15 de maio de 2016, a Aliança encerrou o seu mandato e fez a transição para a Rede Global de Força de Trabalho em Saúde. A Rede funciona dentro da OMS como um mecanismo global de colaboração multissetorial e de diálogo sobre políticas de força de trabalho em apoio à implementação da ‘Estratégia Global de Recursos Humanos em Saúde: Força de Trabalho 2030’⁵, aprovada pela Assembleia Mundial de

³ Joint Learning Initiative (JLI) on Human Resources for Health (HRH) Report: Overcoming the crisis. Disponível em: http://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf

⁴ Chamado à Ação de Toronto para uma Década de Recursos Humanos em Saúde (2006-15). Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3603/Acao-Toronto-2006-2015.pdf;sequence=1>

⁵ Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en

2016, em conformidade com a Agenda 2030⁶ para o Desenvolvimento Sustentável e seu objetivo 3 – “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” – e as recomendações da Comissão de Alto Nível sobre Emprego em Saúde e Crescimento Econômico⁷, criada na ONU, em março de 2006. Sobre a questão dos recursos humanos em saúde na nova agenda global, a OMS também publicou, no mesmo ano, ‘Os requisitos da força de trabalho para a cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável’⁸.

Além de incentivar a criação e fortalecimento de órgãos regionais dedicados às questões da força de trabalho em saúde, como os Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, a Aliança foi responsável por organizar os Fóruns Globais de Recursos Humanos para a Saúde, cujo objetivo era promover o compartilhamento de experiências sobre as respostas à crise da força de trabalho em saúde e construir redes, consenso e capacidades sobre as inúmeras questões envolvidas. Os três primeiros fóruns globais foram organizados pela Aliança. O quarto Fórum foi realizado em 2017, após a transformação da Aliança em Rede.

O I Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde foi realizado em Kampala, Uganda, de 2 a 7 de março de 2008, com o tema ‘Ação na força de trabalho da saúde: A hora é agora’ e com mais de 1500 participantes. No evento foi assinada a ‘Declaração de Kampala e Agenda de Ação Global’^{9,10}, um roteiro histórico que estabelece as principais ações necessárias nos níveis internacional, regional, nacional e local para melhorar os recursos humanos para a saúde nos dez anos seguintes. O documento especificava doze ações urgentes para fortalecer os RHS em 57 países com escassez crítica de força de trabalho em saúde. Nessa época também foram publicados, pela OMS, outros documentos considerados relevantes, dentre os quais o ‘Manual para a monitorização e avaliação dos recursos humanos de saúde: com aplicação dedicada aos países de rendimento baixo e médio’¹¹

⁶ Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030>

⁷ High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth: <http://www.who.int/hrh/com-heeg/en>

⁸ Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-eng.pdf?sequence=1&ua=1>

⁹ The Kampala Declaration and Agenda for Global Action. Disponível em:

http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/kampala_declaration/en

¹⁰ Declaración de Kampala y prioridades para la acción internacional. Disponível em:

http://www.who.int/workforcealliance/20090521_Kampala_Sp.pdf

¹¹ Manual para a monitorização e avaliação dos recursos humanos de saúde: com aplicação dedicada aos países de rendimento baixo e médio. Disponível em:

http://www.who.int/eportuguese/publications/Manual_monitorizacao_RHS_2009.pdf

e a ‘Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (Palop)’¹².

O II Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde ocorreu em Bangkok, Tailândia, de 25 a 29 de janeiro de 2011, teve como objetivo avaliar o progresso realizado e renovar os compromissos assumidos em 2008. No evento, a Aliança divulgou um relatório¹³ sobre o panorama da política de RHS e a situação de governança nos 57 países prioritários afetados por graves desafios de RHS. Ao final do evento, que reuniu mais de mil participantes de 105 países, foi assinada a ‘Declaração de Bangkok’¹⁴. Também foi publicado um relatório com uma síntese das questões, discussões, conquistas, desafios, recomendações e resultados do Fórum¹⁵.

O III Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde, que reuniu mais de dois mil participantes de 93 países, foi realizado em Recife, Brasil, de 10 a 13 de novembro de 2013, sob o patrocínio do Governo do Brasil, da OMS e da Opas. O tema do evento foi ‘Recursos Humanos em Saúde: fundação para a Cobertura Universal de Saúde e a para a agenda de desenvolvimento pós-2015’. Durante o evento foi lançado um relatório com experiências de formação de profissionais de nível médio em oito países, dentre os quais Moçambique e Peru¹⁶, um documento com as novas diretrizes sobre Educação Transformativa para profissionais da Saúde¹⁷ e um novo relatório de progresso sobre os recursos humanos para a saúde ‘Uma verdade universal: não há saúde sem força de trabalho’^{18,19}, com uma análise sobre as informações mais atuais sobre disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade da força de trabalho em saúde, além de uma agenda de RHS voltada para o futuro, com uma estimativa das necessidades dos profissionais de saúde nos

¹² Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (Palop). Disponível em: <http://www.who.int/hrh/resources/observer2/en>

¹³ Reviewing Progress, Renewing Commitment. Progress report on the Kampala Declaration and Agenda for Global Action. Disponível em:

http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/KDAGAprogressreport_2011.pdf

¹⁴ Outcome Statement of the Second Global Forum on Human Resources for Health, Bangkok, 27-29 January 2011.

Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/forum/2011/Outcomestatement.pdf>

¹⁵ Report on the Second Global Forum on Human Resources for Health. Disponível em:

<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/secondHRHforumreport/en>

¹⁶ Mid-level health workers for delivery of essential health services: A global systematic review and country experiences. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/mlp2013/en>

¹⁷ Transformative Education for Health Professionals. Disponível em:

<https://whoeducationguidelines.org/content/about-guidelines>

¹⁸ A Universal Truth: No Health Without a Workforce - Third Global Forum on Human Resources for Health Report.

Disponível em; <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en>

¹⁹ Una verdad universal: no hay salud sin agentes sanitarios. Disponível em:

http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport_summary_Sp_web.pdf

próximos 15 a 20 anos. Ao final do evento, foi assinada a ‘Declaração de Recife’²⁰, uma declaração política a ser discutida durante a 67ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS, em maio de 2014. Após o Fórum foi publicado um relatório²¹ com os principais resultados do encontro.

Outro ponto a destacar no III Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde foram os compromissos^{22,23} que países, instituições e organismos multilaterais assumiram com a OMS com relação a diversos temas referentes ao fortalecimento da força de trabalho em saúde. Nesse sentido, vale destacar o compromisso assumido pela Unasul, por meio do Grupo de Trabalho de Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (GT-DGRHUS), que, entre outras coisas, estabelecia o mapeio da formação de trabalhadores técnicos de saúde, atividade que foi prevista no Plano de Trabalho da RETS-Unasul, mas que, infelizmente, não foi finalizado.

O IV Fórum Global de Recursos Humanos para a Saúde – ‘Construindo a força de trabalho de saúde do futuro’ ocorreu em Dublin, Irlanda, de 13 a 17 de novembro de 2017, tendo como produto final a ‘Declaração de Dublin sobre Recursos Humanos para a Saúde’²⁴.

Por fim, vale destacar, no âmbito da saúde global, a publicação do Código Global de Práticas sobre o Recrutamento Internacional de Pessoal de Saúde²⁵, estabelecido pela Assembleia Mundial da Saúde em 2010, o qual define e promove práticas voluntárias para o recrutamento internacional ético de pessoal de saúde e exige que os países implementem estratégias eficazes de planejamento, formação e retenção da força de trabalho em saúde apropriada a suas condições específicas.

Na Região das Américas, o tema também vem se mantendo em pauta. Em 2017, a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana lançou a ‘Estratégia de recursos humanos para acesso universal à saúde e

²⁰ The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: Renewed commitments towards universal health coverage. Disponível em: http://www.who.int/entity/workforcealliance/forum/2013/recife_declaration_17nov.pdf?ua=1

²¹ Human resources for health: foundation for universal health coverage and the post-2015 development agenda: report of the Third Global Forum on Human Resources for Health, 10-13 November 2013, Recife, Brazil. Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/report3rd_GF_HRH.pdf

²² Third Global Forum on Human Resources for Health – HRH Commitments. Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/HRHcommitments091213.pdf>

²³ Analysis of the commitments made by national governments of 57 countries at the Third Global Forum on human resources for health. Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/Analysis_HRH_commitments_13Mar2015_c_SR_LAST.pdf

²⁴ Dublin Declaration on Human Resources for Health: Building the Health Workforce of the Future - “That further shore is reachable from here”. Disponível em: http://www.who.int/hrh/events/Dublin_Declaration-on-HumanResources-for-Health.pdf

²⁵ WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Disponível em: http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf

cobertura saúde universal²⁶, cujo plano de ação²⁷ foi aprovado, em setembro deste ano, pelo Conselho Diretivo da Opas. A Estratégia propõe três linhas de ação: (1) Fortalecer e consolidar a governança e a administração de recursos humanos para a saúde; (2) Desenvolver condições e capacidades de recursos humanos para a saúde ampliar o acesso e cobertura de saúde com equidade e qualidade; e (3) Trabalhar juntamente com o setor da educação para responder às necessidades de sistemas de saúde em transição para o acesso universal à saúde e para cobertura universal de saúde.

Apesar de todos os esforços feitos durante os últimos 20 anos, a OMS reconhece que ainda há muitos problemas a serem solucionados. Conforme o relatório divulgado em 2013, no III Fórum Global, a organização reconhece que ainda há poucos países com informações completas e válidas com referência ao número de trabalhadores da saúde e que faltam dados para análises mais consistentes, e destaca os seguintes aspectos, em linhas gerais:

- Há escassez de algumas categorias de pessoal de saúde em quase todos os países e em muitos, não há médicos, parteiras, enfermeiras e auxiliares em número suficiente;
- Os trabalhadores envelhecem, se aposentam e não há planos consistentes para sua reposição;
- A disponibilidade e acessibilidade continuam variando muito no interior dos próprios países devido à dificuldade de atrair e reter o pessoal;
- Adaptar o conteúdo e as estratégias de formação ainda é um grande desafio em todos os países;
- Poucos países têm capacidade de calcular as necessidades futuras de recursos humanos para a saúde e projetar políticas de longo prazo;
- O fortalecimento dos sistemas de informação sobre a força de trabalho em saúde é fundamental para a tomada de decisão mais adequada e eficiente; e
- O compromisso político das autoridades nacionais foi fundamental nos países que apresentaram melhoras na questão da força de trabalho em saúde.

²⁶ Estratégia de recursos humanos para acesso universal à saúde e cobertura saúde universal. Disponível em: <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2017/CSP29-10-p.pdf>

²⁷ Plan de acción sobre recursos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=56-directing-council-spanish-9965&alias=45773-cd56-10-s-pda-rh-773&Itemid=270&lang=en

Os trabalhadores técnicos da saúde

Um dos esforços da Rede ao longo de sua existência tem sido a afirmação da falta de reconhecimento profissional e a invisibilidade política da categoria dos trabalhadores técnicos na formulação de políticas e ações governamentais, inclusive na Atenção Primária à Saúde. Algumas iniciativas, tais como os projetos Mercosul I e II²⁸, tiveram como objetivos a ampliação das reflexões sobre quem são, o que fazem e onde estão alocados esses trabalhadores. Ainda assim, permanece a dificuldade de construir uma definição regional ou mesmo global para a expressão ‘trabalhadores técnicos em saúde’, em especial pela diferença histórica que existe entre os países envolvidos sobre o nível educativo onde tal formação se realiza (médio ou superior).

Há também diferenças importantes sobre as características das instituições que são responsáveis pela formação dos técnicos em casa país: escolas técnicas, institutos de saúde pública, instituições universitárias ou centros não universitários. Essa multiplicidade impõe à própria RETS que seus membros não estejam vinculados apenas a um tipo de instituição, mas a todas aquelas relacionadas direta ou indiretamente à formação desses trabalhadores²⁹.

Há ainda distintas modalidades de ensino: cursos presenciais e à distância, vinculados a um componente geral de formação ou apenas técnico específico; carga horária ampla ou restrita; realização ou não de estágio. Há ainda os trabalhadores que se enquadram na categoria dos trabalhadores técnicos, mas que não passaram previamente por nenhuma formação inicial para o exercício profissional, nomeadamente reconhecidos como auxiliares ou práticos.

Além desses aspectos, em cada país a inserção dos trabalhadores técnicos em saúde no mundo do trabalho se realiza de acordo com a historicidade das políticas de saúde, educação e trabalho, mas também com o papel das corporações profissionais e instâncias reguladoras das profissões. Esse conjunto de aspectos determina, por exemplo, a formação, a certificação, a definição dos graus de autonomia com relação ao seu exercício profissional e subordinação desses trabalhadores, bem como as áreas e/ou subáreas de habilitação profissional, que conformam atribuições distintas.

²⁸ Pesquisa realizada, em conjunto, por instituições no Brasil, Uruguai, Argentina e Paraguai e que resultou na publicação de dois livros: ‘[A Silhueta do Invisível: a formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul](#)’ e ‘[A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul](#)’.

²⁹ De acordo com o Artigo 4º do regulamento da RETS, podem ser membros da Rede: (I) órgãos de governo responsáveis pela formulação de políticas de educação de técnicos na área da saúde; (II) representações da OMS; (III) Instituições de ensino que executem programas de formação de técnicos na área da saúde; e (IV) associações profissionais que estejam envolvidas com a área de educação de técnicos em saúde.

Esse complexo cenário reafirma continuamente a própria existência da RETS e a necessária ampliação dos projetos de cooperação entre seus membros. Para esse fim, no âmbito da Rede, o trabalho técnico em saúde é considerado como todo aquele realizado pelo conjunto de trabalhadores que exercem atividades técnico-científicas no setor e compreende desde as atividades de natureza mais simples, realizadas pelos auxiliares e agentes comunitários de saúde, até as de natureza mais complexa, realizadas por técnicos de nível superior.

O fato é que, as diferentes titulações distintas para profissionais com formação similar ou ainda uma mesma denominação aplicada a trabalhadores com diferentes formações e atribuições, acaba tornando ainda mais difícil a coleta e a disponibilidade de dados sobre esses trabalhadores, inclusive por parte dos organismos internacionais. No entanto, mesmo diante da escassez de informações sistematizadas sobre o tema, podemos ressaltar:

- Os profundos desequilíbrios na disponibilidade, composição e distribuição da força de trabalho; baixo número de profissionais de saúde por habitante e concentração da força de trabalho em grandes centros urbanos;
- A presença desigual de trabalhadores técnicos nos diferentes países, com implicações para a migração de trabalhadores da região das Américas e da África para os países centrais;
- A precarização do trabalho, resultando na necessidade de os trabalhadores, especialmente os do setor público, buscarem um segundo emprego; e
- Os escassos investimentos na formação inicial, técnica e na qualificação profissional desses trabalhadores.

A Atenção Primária à Saúde 40 anos depois da Conferência de Alma-Ata

A ideia de Atenção Primária à Saúde (APS) tem seu primeiro registro em 1920 quando foi publicado um relatório formulado pelo então ministro da saúde inglês, Bertrand Dawson. O documento acabou servindo de referência para a estruturação de sistemas universais de saúde, a partir do pós segunda guerra mundial, cujas características são: a APS como base e porta de entrada do sistema; a regionalização, onde os serviços se organizam local e regionalmente distribuindo-se a partir de bases populacionais e da identificação das necessidades de saúde de cada região; e a integralidade, ao fortalecer a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

A noção de APS formulada no Relatório Dawson é bem anterior à Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978). No entanto, a Conferência e seu documento final, ‘a Declaração de Alma-Ata’³⁰, tornaram-se marcos tão significativos na história, que não é raro que APS seja tratada a partir de sua realização. Em Alma-Ata produziu-se uma conceituação de APS que se tornou internacionalmente conhecida como estratégia para ampliar o acesso aos sistemas nacionais de saúde e, conseqüentemente, alcançar as metas do Programa Saúde Para Todos no Ano 2000 (SPT 2000).

Na ocasião, algumas ações foram preconizadas como mínimas para o desenvolvimento da APS nos países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.

Esse conjunto de ações presentes na declaração de Alma-Ata, e que caracteriza a APS como ordenadora do sistema e estruturante de sistemas universais de saúde, passou a ser chamada de APS integral (ou ampliada). A mudança de nomenclatura surgiu para marcar uma firme oposição às formulações do Banco Mundial e da Fundação Rockefeller, as quais buscavam difundir uma concepção de APS seletiva, baseada em programas cujos objetivos estavam focados em problemas específicos de saúde e se destinavam a atingir grupos populacionais em situação de pobreza. Nesse sentido, a chamada APS integral reafirma o direito à saúde como um direito humano e, portanto, universal.

Uma leitura atual da APS seletiva é a Cobertura Universal de Saúde (CUS), cuja proposta é ampliar o acesso a serviços de saúde; diminuir as dificuldades financeiras das pessoas que utilizam esses serviços e pagam do próprio bolso; e manter a solidez financeira dos sistemas de previdência. A CUS, ao limitar a concepção de direito à saúde como expressão do acesso a seguros, afirma valores como a igualdade de oportunidades em sociedades liberais e oculta questões fundamentais para a efetivação do direito à saúde, particularmente, as injustiças sociais. A CUS tem centralidade na cobertura financeira, com responsabilização dos indivíduos e desresponsabilização do Estado, em relação à possibilidade de acesso a um seguro saúde, o que não garante, por conseguinte, o acesso aos serviços de acordo com as necessidades de saúde.

³⁰ Declaração de Alma-Ata. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

O texto da Declaração de Astana, colocado em consulta antes da Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, realizada entre os dias 25 e 26 de outubro de 2018 em Astana, Cazaquistão, faz referência em seu título e no corpo do texto à CUS. Tal fato suscitou fortes críticas de várias entidades do campo da saúde, dentre as quais a Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames), que criticou esse posicionamento e propôs “que se exclua na nova declaração qualquer forma ou tentativa de subsumir a APS à questionável ‘Cobertura Universal de Saúde’, como aparece nos textos preliminares da declaração, circulados oficialmente pela OMS”.

Decorridos 40 anos ainda são muitas as questões a serem debatidas em torno das concepções de APS. Os países da América Latina e da África, por exemplo, incorporaram essas diretrizes de diferentes maneiras na elaboração de seus sistemas nacionais de saúde. Apesar dessas diferenças, e ainda que de forma lenta, cresce a proporção de trabalhadores da saúde, com grande destaque para os trabalhadores técnicos, dos insumos e do financiamento direcionados a serviços vinculados ao primeiro nível.

Entre as mudanças nas estruturas e funcionamento dos serviços de saúde nesses últimos 40 anos, podemos citar:

- Expansão do acesso a serviços de saúde com orientação comunitária e construção de um novo modelo de atenção à saúde;
- Inclusão progressiva das novas categorias laborais especializadas no trabalho comunitário e redefinição de práticas de muitas profissões da saúde com novas especialidades (generalistas/de família e comunidade);
- Mudanças relevantes em alguns indicadores sanitários a nível mundial tais como a redução da mortalidade infantil e materna;
- Incorporação do pessoal de origem em suas próprias comunidades para falar de promotores, agentes sanitários, trabalhadores comunitários trabalhando, em sua maioria, em cenários de prática coincidentes com os âmbitos onde a própria população vive; e
- Incorporação de referenciais como a interculturalidade nas práticas profissionais e políticas públicas como princípio relevante para a APS.

A 4ª Reunião Ordinária da RETS e a 4ª Reunião Ordinária da RETS-CPLP

Face aos desafios históricos mencionados no Termo de Referência e comprometidos com o desafio de ampliar as análises sobre as estratégias possíveis para as mudanças nesse cenário, sobretudo aquelas que dizem respeito à formação e ao trabalho dos técnicos em saúde, nos reuniremos nos dias 12,13 e 14 de novembro na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, Rio de Janeiro- RJ, para a realização da 4ª Reunião Ordinária da RETS e da 4ª Reunião Ordinária da RETS-CPLP. O evento, em sua totalidade, se conformará como um Seminário Internacional que terá como marco os 40 anos da I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde (Conferência de Alma-Ata), e a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde (Conferencia de Astana).

São objetivos das Reuniões:

- Consolidar a RETS e sua missão de apoio ao fortalecimento da formação e a qualificação de trabalhadores técnicos em saúde, em processos de cooperação internacional nas Américas e na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP);
- Fortalecer as ações de ensino, pesquisa e desenvolvimento institucional das instituições que integram a RETS e suas sub-redes;
- Elaborar de planos de trabalho e de comunicação para a RETS, RETS-CPLP e membros da RETS na América do Sul e na América Central;
- Revisar dos regulamentos da RETS e da RETS-CPLP; e
- Eleger suas instituições coordenadoras.

1. PROGRAMAÇÃO (PRELIMINAR)

12 de novembro de 2018

08h00 - Mesa de abertura

09h00 às 12h30 - Seminário: *40 anos de Alma-Ata e o papel dos técnicos em saúde na efetivação de sistemas universais de saúde*

- Paulo Buss: Da declaração de Alma-Ata à declaração de Astana: direito universal ou cobertura universal de saúde?
- Isabel Duré: A agenda inconclusa da formação e do trabalho dos técnicos em saúde pós 40 anos da declaração de Alma-Ata

- Márcia Valéria Cardoso Morosini: Moderação, síntese e questionamentos

12h30 - Ida para Hotel Scorial

13h00 - Almoço

14:00h às 17h00 - Reuniões por segmento regional:

- IV Reunião Ordinária da Rede de Escolas Técnicas de Saúde da CPLP (RETS-CPLP)
- Reunião dos membros da RETS na América Latina

Apresentação sintética sobre a RETS e a referida sub-rede, com avaliação do último plano de trabalho; e

Apresentação de cada país sobre a formação e o trabalho dos trabalhadores técnicos em saúde (ênfase na APS), com base em roteiro apresentado ao final deste documento;

13 de novembro

Reuniões por segmento regional:

- IV Reunião Ordinária da Rede de Escolas Técnicas de Saúde da CPLP (RETS-CPLP)
- Reunião dos membros da RETS na América Latina

08h30 - Continuidade das apresentações de cada país sobre a formação e o trabalho dos trabalhadores técnicos em saúde (ênfase na APS)

10h00 - Reflexões sobre os desafios e possibilidades para o trabalho na sub-rede.

11h00 - Estruturação de novos planos de trabalho.

12h30 - Almoço

13h30 às 17h00 - Estruturação de novos planos de trabalho, revisão de Regimento, eleição de instituição coordenadora e assinatura das Atas das Reuniões.

14 de novembro

08h30 - Socialização das reuniões por segmento regional

10h00 - Avaliação do último plano de trabalho da RETS e debate sobre os desafios e possibilidades para o trabalho na RETS

11h00 - Apresentação e discussão do novo plano de trabalho da RETS (2019-2022)

12h30 - Almoço

13h30 às 17h00 - Apresentação do novo Plano de Comunicação da RETS (2019-2022), revisão do Regimento, eleição da Secretaria Executiva e Assinatura da Ata da Reunião.

2. INFORMAÇÕES SOBRE OS PARTICIPANTES

Participam das Reuniões, com direito a voz e voto, os representantes designados pelos membros efetivos da RETS e da RETS-CPLP, conforme os respectivos regulamentos³¹.

Relação de participantes (em anexo).

3. ROTEIRO PARA APRESENTAÇÃO DOS PAÍSES NA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA RETS

As apresentações deverão ter duração máxima de 10 minutos (cinco slides), e serão realizadas por país, conforme tabela abaixo, e não por instituição.

Representantes institucionais que farão as apresentações:

AMÉRICA LATINA E CARIBE	
Argentina	Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional - Subsecretaria de Políticas, Regulacion y Fiscalizacion - Ministerio de Salud de la Nación
Bolivia	Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina
Colômbia	Centro de Fomación de Talento Humano en Salud - Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)
Paraguai	Instituto Nacional de Salud (INS)
Peru	Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos Ministerio de Salud
Uruguai	Escuela Universitaria de Tecnología Médica - Universidad de La República Uruguay (EUTM/UDELAR)
El Salvador	Facultad de Medicina Universidad de El Salvador
Cuba	Facultad de Tecnología de la Salud - FATESA
Costa Rica	Escuela de Tecnología en Salud
Chile	División de Gestión y Desarrollo de las Personas - Subsecretaría de Redes Asistenciales - Ministerio de Salud

³¹ [Regulamento da RETS](#) (aprovado na 3ª Reunião Geral da RETS (08/11/2013)). [Regulamento da RETS-CPLP](#).

CPLP	
Angola	Direção Nacional de Recursos Humanos - Ministério da Saúde
Brasil	Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) - Ministério da Saúde
Moçambique	Direção Nacional de Recursos Humanos - Ministério da Saúde
Cabo Verde	Direção Geral de Planeamento Orçamento e Gestão/ Ministério da Saúde e da Segurança Social
Guiné Bissau	Instituto Nacional de Saúde Pública- Escola Nacional de Saúde
São Tomé e Príncipe	Instituto Superior de Ciências de Saúde - Universidade de São Tomé e Príncipe
Timor Leste	INS
Guiné Equatorial	Ministerio de Sanidad y bienestar Social
Portugal	Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL)

Conteúdo dos Slides:

A. Caracterização da Atenção Primária à Saúde no contexto da política de saúde do país (um slide):

- Conceção de APS na política de saúde e o papel dos seguros e planos de saúde na prestação de serviços de APS; e
- Cobertura populacional dos serviços de APS.

B. Força de trabalho na APS: formação e trabalho dos técnicos (dois slides):

- Composição e organização das equipas de APS, com destaque para os trabalhadores técnicos;
- Disponibilidade de trabalhadores técnicos na APS;
- Regulação das relações de trabalho na APS (vínculos trabalhistas, carreira funcional e forma de remuneração); e
- Formação e atribuições dos trabalhadores técnicos.

C. Cooperação (dois slides):

- Citar até três ações que o país realizou e que considera estratégicas para a formação dos trabalhadores técnicos em saúde.

Essas ações poderiam ser objeto de cooperação internacional? Como a Rede e seus membros poderiam colaborar?

- Citar até três problemas que o país identifica na formação dos trabalhadores técnicos em saúde.

Esses problemas poderiam ser objeto de cooperação internacional? Como a Rede e seus membros poderiam colaborar?