

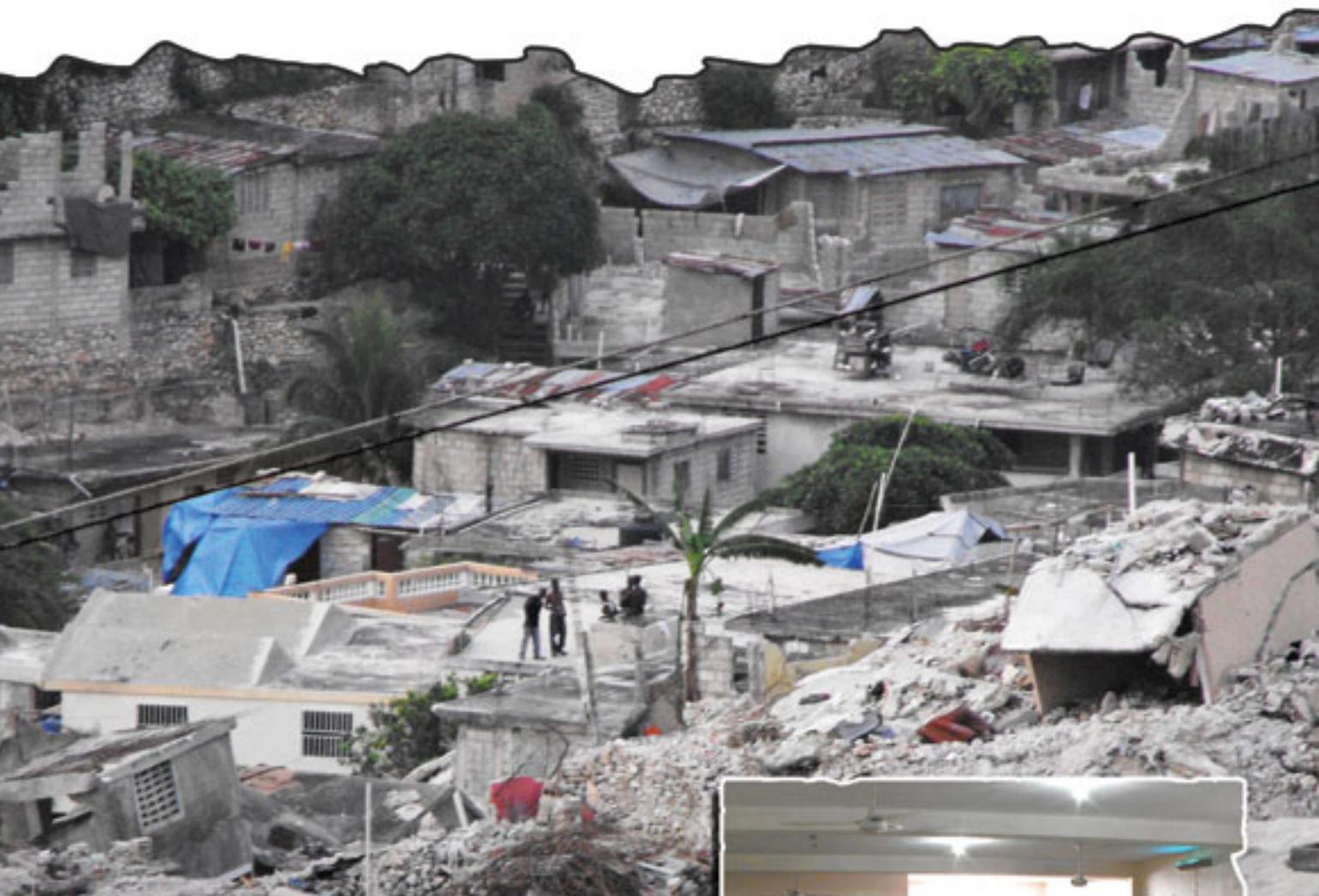
REVISTA

Ano 2 - nº 7 - jul./ago./set. 2010

# RETS

Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde

Impresso  
Especial  
9912213586 DR/RJ  
Fundação  
Oswaldo Cruz  
CORREIOS



# HAITI

**DEPOIS DO DESASTRE,  
atenção para a saúde**



# SUMÁRIO

<b>Capa</b>	
Cooperação internacional: da ajuda humanitária aos projetos estruturantes	<b>3</b>
<b>Fique de olho</b>	<b>8</b>
<b>Glossário</b>	<b>10</b>
<b>Fórum</b>	<b>13</b>
<b>Notícias da rede</b>	<b>16</b>

# editorial

No início de 2010, dois terremotos de grande magnitude atingiram países da Região das Américas. No dia 12 de janeiro, um abalo de pouco mais de 7.0 graus na Escala Richter praticamente destruiu a capital haitiana – Porto Príncipe – e as cidades no entorno, matando mais de 220 mil pessoas, desalojando cerca de 1,5 milhão de moradores e arrasando o já problemático sistema nacional de saúde. Quarenta e cinco dias depois, em 27 de fevereiro, foi a vez do Chile. Atingido por um tremor de 8.8 graus, o país contabilizou pouco mais de 500 mortos. A proximidade temporal dos dois eventos, cujas consequências foram completamente distintas, foi o ponto de partida para uma grande reflexão internacional sobre a importância de se construir sistemas nacionais de saúde bem estruturados e fisicamente seguros.

A Cooperação Internacional na reconstrução do sistema de saúde do Haiti e a relevância que a formação de trabalhadores técnicos de saúde vem assumindo nesse processo – esse é o tema central da edição nº 7 da Revista RETS, cuja matéria de capa aborda ainda a questão dos Hospitais Seguros e a questão da informação oportuna e confiável em tempo de crise, além de mostrar a importância do trabalho que a Via Campesina vem realizando no Haiti.

Na seção ‘Glossário’, a discussão é sobre ‘Vigilância em saúde’ e sobre como esse conceito vem se consolidando em diversos países. Que mudanças isso acarreta para os sistemas de saúde e em que medida define novos perfis profissionais? Como se deve pensar a formação de trabalhadores para a área?

A revista também apresenta o primeiro de uma série de textos que buscam trazer para o âmbito da RETS as questões abordadas no Fórum on-line sobre

Técnicos em Saúde – ‘Mid-level Health Workers’ – realizado pela Aliança Global para a Força de Trabalho em Saúde (GHWA, do inglês), em maio deste ano.

A novidade fica por conta da criação do Twitter da RETS (@rets\_epsjv) – anunciada na seção ‘Notícias da Rede’ – e o lançamento, na própria revista, da seção ‘Prezado Sr. Editor..’, na qual serão publicadas algumas das mensagens que recebemos. O propósito de ambas as iniciativas é aumentar os canais de interatividade com nossos leitores, a fim de aprimorar nossa atuação e prestar um serviço cada vez mais ajustado à missão e aos objetivos da RETS.

Boa leitura!

**Secretaria Executiva da RETS**

## expediente

### Ano 2 - nº 07- jul/ago/set 2010

A Revista RETS é uma publicação trimestral editada pela Secretaria Executiva da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde.  
E-mail: [rets@epsjv.fiocruz.br](mailto:rets@epsjv.fiocruz.br)

### Conselho Editorial

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

### Jornalismo

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

### Produção gráfica

Designer: Zé Luiz Fonseca  
Diagramador: Marcelo Paixão

### Tradução

‘Espaço sem fronteiras’ (Jean-Pierre Barakat)

### Tiragem

2 mil exemplares

### SECRETARIA EXECUTIVA DA RETS

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

### Diretora

Isabel Brasil

### Coordenadora de Cooperação Internacional

Anamaria D’Andrea Corbo

### Equipe da Coordenação de Cooperação Internacional

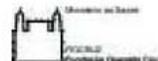
Anakeila Stauffer  
Kelly Robert

### Endereço

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sala 303  
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - 21040-360.  
Telefone: 55(21)3865-9730 - E-mail: [cci@epsjv.fiocruz.br](mailto:cci@epsjv.fiocruz.br)

### Apoio

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



# Cooperação internacional: da ajuda humanitária aos projetos estruturantes

No dia 12 de janeiro deste ano, bastaram 35 segundos para um terremoto de intensidade 7.0 devastar a região mais densamente povoada do Haiti. Para a população da capital Porto Príncipe e das cidades no entorno, o resultado foi drástico: mais de 1,5 milhão de desabrigados, cerca de 200 mil mortes, 300 mil feridos e 4 mil amputações. Cerca de 80% da cidade de Leogane foi destruída. Na área da saúde, de acordo com o governo haitiano, 60% dos hospitais ruíram completamente ou foram severamente danificados, assim como as instalações do Ministério. Metade dos estudantes, vários professores e diretores da Escola Nacional de Enfermagem perderam a vida quando o prédio desabou.

“A extensão da destruição física causada por um terremoto depende de muitos fatores. Além da magnitude do sismo, há a localização do epicentro, a geologia das áreas afetadas e, especialmente, a existência e aplicação de normas antissísmicas de construção. Países como o Chile, que enfrentou fortíssimos tremores em 1960 e 1985, tendem a aprimorar as construções ao longo do tempo. No Haiti, onde o último grande terremoto ocorreu em 1750, a população não tinha memória histórica de um terremoto e não havia grandes cuidados com as normas e os métodos de construção”, comenta Philippe Montagut, consultor para o desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde da Opas/OMS no Haiti.

## No primeiro momento, salvar vidas

Imediatamente após o terremoto, a comunidade internacional se uniu numa ‘resposta humanitária sem precedentes’, como afirma o relatório da Opas/OMS ‘Situação de Saúde: nove meses depois do terremoto no Haiti’. De acordo com o documento, no final de janeiro, 396 agências internacionais de saúde haviam chegado ao país para oferecer uma ampla variedade de serviços.

Na ocasião, uma das ações mais importantes foi a das Brigadas Médicas Cubanas, cujo trabalho foi qualificado pela diretora da Opas/OMS, Mirta Roses, como “excelente e maravilhoso”. Segunda ela, os cerca de 400 cooperantes das brigadas cubanas foram responsáveis pela mais importante assistência sanitária ao povo haitiano durante as primeiras 72 horas após o terremoto.

Por meio de um Plano Integral de Saúde, o governo cubano desenvolve ações de cooperação no Haiti desde 1998. Além disso, quase mil profissionais haitianos, dentre os quais mais de 500 médicos, se formaram em Cuba. Tudo isso, de acordo com Mirta Roses foi fundamental para a rápida resposta das Brigadas após o desastre.

## ReliefWeb: a informação oportuna e confiável em situações de crise



Reunir, organizar e disseminar informações atualizadas e confiáveis que subsidiem as ações humanitárias em casos de desastres naturais, situações de conflitos e acidentes de grandes proporções, entre outros. Esse é o objetivo do ReliefWeb, um site criado em outubro de 1996 e administrado pelo Escritório da Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA, do inglês Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) da Organização das Nações Unidas (ONU).

No site (<http://www.reliefweb.int>), os interessados têm acesso a relatórios, mapas e outros documentos gerados por governos e organizações envolvidas com ajuda humanitária. Também é possível se cadastrar para receber informações sobre novos conteúdos, por meio de e-mail, RSS, Twitter, Facebook ou celular.

Horas depois do terremoto, Cuba enviou a Porto Príncipe mais 60 especialistas em catástrofes, membros do Contingente 'Henry Reeve', com medicamentos, soro, plasma e alimentos. Graças aos médicos cubanos e à ajuda humanitária prestada por vários países, milhares de vidas foram e estão sendo salvas no Haiti, mas isso não é suficiente.

As ações de cooperação em caso de desastres variam ao longo do tempo. Num primeiro momento, a prioridade é salvar vidas e tentar reduzir, por exemplo, o número de amputações, bem como realizar ações de vacinação e controle de epidemias. Em uma segunda etapa, é essencial a prestação de cuidados de saúde que atendam às principais necessidades cotidianas da população. "É preciso suprir a falta dos serviços que deixam de ser prestados pelo sistema de saúde local por causa da perda da capacidade instalada – prédios destruídos e redução no número de trabalhadores da saúde, por morte ou incapacidade", explica Montagut.

"Por fim, é preciso estabelecer uma transição coordenada das operações de emergência para as de reorganização e reestruturação do sistema local de saúde, o que, no caso do Haiti, envolve a construção de um sistema de prestação de cuidados que considere a acessibilidade da população, as questões de financiamento e de governança, a descentralização dos serviços e a formação de recursos humanos, entre outras coisas", completa.

## A cooperação de longo prazo

O impacto do terremoto foi imenso. Cerca de 300 mil moradias foram perdidas total ou parcialmente, mais de 1.300 estabelecimentos de ensino ficaram inutilizáveis. As dificuldades de acesso aos alimentos e aos serviços básicos aumentaram por conta da perda das capacidades humanas e institucionais dos setores público e privado, deixando o povo haitiano ainda mais vulnerável. Segundo estimativas do governo do Haiti, o valor total dos prejuízos causados pelo terremoto ultrapassou o valor de 7 bilhões de dólares, o equivalente a 120% do PIB nacional em 2009.

Por conta da magnitude dos problemas enfrentados pelo Haiti, foi realizada no dia 31 de março, na sede da Organização das

Nações Unidas (ONU), a 'Conferência Internacional de Doadores Rumo a um Novo Futuro para o Haiti', com a participação de representantes de 140 países. Durante o evento ficou estabelecida a doação de 5 bilhões de dólares nos 18 meses seguintes e foi instituída a Comissão Provisória para a Reconstrução do Haiti (CIRH), presidida pelo ex-presidente norte-americano Bill Clinton.

Na ocasião, foi apresentado o Memorando de Entendimento de Brasil, Cuba e Haiti para o apoio ao fortalecimento do sistema de saúde e vigilância epidemiológica do Haiti, no qual os três países assumem a responsabilidade conjunta pela reconstrução do sistema de saúde haitiano. Segundo o memorando, cabe ao Brasil reformar hospitais e centros de saúde, enviar equipamentos e ambulâncias, estruturar programas de atenção básica à saúde, com a formação de pessoal, criar um centro de vigilância epidemiológica e auxiliar na ampliação da cobertura vacinal. Cuba, por sua vez, enviará pessoal especializado na área médica e prestará ajuda operacional. A cargo do Haiti estão a escolha das unidades a serem reformadas e os locais onde serão construídos novos centros de saúde, a infraestrutura para a realização das obras e o pagamento dos técnicos que atuarão na área da saúde.

Também está prevista a capacitação de médicos haitianos formados pela Escola Latino-Americana de Medicina (Elam), em Cuba, para trabalharem nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) a serem construídas. A estimativa é de que o Brasil ofereça 200 bolsas para esse processo.

## A saúde no Haiti

Mesmo antes do terremoto de janeiro, segundo o 'Plano Provisório do Setor da Saúde para o período de 1º de abril de 2010 a 30 de setembro de 2011', elaborado pelo Ministério da Saúde Pública e População (MSSP) do Haiti, o país já apresentava um **sistema de saúde** bastante deficiente e caracterizado, entre outras coisas, por:

- baixa cobertura – 47% da população não tinha acesso aos serviços, principalmente por razões geográficas ou financeiras (3/4 da população vive com menos de US\$ 2,00 por dia – PNUD-2005) e desigualdades significativas;
- baixo grau de financiamento – 5,7% do PIB gasto em saúde (2005-06) e 32 dólares de despesa anual per capita (MSPP 2009) –, alto grau de centralização – dos seis hospitais universitários que funcionavam no país, cinco estavam na capital – e disfunção organizacional;
- escassez de recursos humanos para o setor – em média 5,9 médicos ou enfermeiros e 6,5 profissionais de saúde por dez mil pessoas, número bastante inferior ao mínimo definido pela OMS de 25 profissionais/10 mil habitantes.

Por tudo isso, o país apresentava o maior índice de mortalidade infantil das Américas (57/1000 nascidos vivos) e a maior taxa de mortalidade materna (630/100 mil) do mundo. O HIV/Aids, com prevalência de 2,2%, e a tuberculose, com uma taxa de detecção de 70%, representam graves problemas de saúde pública.

De acordo com o Plano, lançado para tentar reverter o processo de agravamento da situação de saúde após o terremoto, o governo deve:

- Garantir o acesso universal aos serviços de saúde, especialmente para os grupos mais vulneráveis;

Estruturado em três níveis, o sistema de saúde do Haiti era composto por 600 estabelecimentos de saúde com e sem leitos e 45 hospitais comunitários de referência (primeiro nível), muitos dos quais ligados a ONGs e instituições religiosas; dez hospitais distritais (segundo nível) e seis hospitais universitários (terceiro nível). No nível formal, no entanto, o sistema estava organizado em 54 unidades municipais de saúde, cada um atendendo a uma população de 80 mil -140 mil habitantes. No país, há ainda três laboratórios privados de produção de medicamentos, que cobrem apenas uma pequena parte do mercado.

- Reforçar a função de liderança e coordenação do MSSP, bem como seu papel de facilitador da gestão descentralizada do setor saúde;
- Restabelecer e reforçar os recursos humanos no setor;
- Reforçar a governabilidade em nível central e nos demais, garantindo a instauração de um sistema de financiamento solidário baseado em resultados; e
- Garantir a gestão eficaz e eficiente dos insumos e medicamentos essenciais, estabelecendo mecanismos que permitam sua gratuidade.

## A relevância da força de trabalho em saúde

Embora tenha trazido consequências desastrosas para um sistema de saúde que sempre enfrentou graves problemas estruturais, o terremoto de janeiro também trouxe consigo um enorme potencial para a reestruturação desse sistema. Definir a me-

lhor forma de aproveitar o fluxo de assistência humanitária internacional e de atenção global para construir uma infraestrutura de saúde mais resistente e mais resiliente tornou-se fundamental e foi nesse contexto que a questão dos recursos humanos em saúde assumiu sua relevância.

Durante a 37ª Conferência do Conselho Global de Saúde, realizada em Washington-DC, de 14 a 18 de junho, o ministro haitiano da Saúde Pública, Alex

## Chimen Peyizan\* - “Ajudar os camponeses significa atacar o problema pela raiz”

“Com o terremoto, os problemas históricos do Haiti – falta de soberania alimentar e falta de acesso do povo à educação e à saúde, entre muitos outros – se agravaram rapidamente, levando ‘comunidade internacional’ a olhar de maneira mais séria para o país, duramente castigado pelas forças da natureza e pelas potências internacionais”. Com essas palavras, o coordenador da Brigada da Via Campesina - Brasil, José Luis Patrola, contextualiza a situação haitiana.

Segundo ele, que está no Haiti desde 2009, depois da ajuda emergencial, é necessário ajudar no processo de reconstrução do país e na ativação da produção de alimentos, aproveitando a possibilidade que o país tem de se reconstruir de maneira sólida e sustentável.

“O Haiti necessita urgentemente de um processo de incentivo à produção rápida de alimentos e à construção de açudes, bem como um plano urgente de reflorestamento. A já pobre área rural vem recebendo cerca de um milhão a mais de habitantes fugidos dos centros mais afetados e terá incumbência de produzir alimentos para esse novo público, bem como para a população que permaneceu nas cidades”, explica. Para ele, os movimentos sociais camponeses do Haiti, em conjunto com governos progressistas do continente e do mundo, devem instalar uma revolução agrária para não permitir o aumento ainda maior da fome e a possibilidade de uma catástrofe demográfica eminente e sem precedentes históricos. “A solidariedade consiste em ajudar a resol-



ver os problemas mais graves e estruturais da sociedade haitiana. Ajudar os camponeses significa atacar o problema pela raiz”, enfatiza.

De acordo com Patrola, a ocupação militar por meio da Minustah – Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti – se encontra em cheque, principalmente depois que o terremoto mostrou que há problemas mais graves que a ‘segurança’, os quais, se não forem atacados, resultarão em mais dez anos de ocupação sem que sejam resolvidos. “O processo de reconstrução que está sendo levado a cabo, imposto e coordenado de cima para baixo pode gerar duas consequências indesejáveis: aumento do êxodo rural, por causa da oferta de empregos temporários na zona metropolitana nas obras de reconstrução, e simultaneamente, aumento da concentração urbana com formação de ‘bidonvilles’ (favelas) originadas de acampamentos de desabrigados”, alerta.

Nesse sentido, os movimentos sociais haitianos têm um grande desafio pela frente: construir sua unidade interna e, a partir daí, propor políticas nacionais de maneira unificada. Aos movimentos

sociais externos, segundo Patrola, cabe buscar entender o que ocorre no país, para poder demandar de seus governos medidas de apoio solidário que ajudem a solucionar os problemas estruturais do Haiti. Em sua opinião, os movimentos também devem estabelecer um grande processo de intercâmbio, enviando brigadas de apoio ao país e acolhendo brigadas haitianas em seus países. “Devemos romper as barreiras da língua e nos unir enquanto povos”, afirma.

“Os médicos cubanos, por exemplo, fazem um trabalho extraordinário junto ao povo. As ações de cooperação solidária desenvolvida por Cuba no Haiti comprovam que os problemas estruturais vividos pelo país na área da saúde devem ser tratados com a participação do povo como protagonista”, conta Patrola, sublinhando: “Tudo que desconsidera essa lógica é inútil para permitir que o país conquiste sua soberania”.

Criada oficialmente em 1993, a Via Campesina é um movimento internacional, que coordena organizações camponesas de pequenos e médios agricultores, trabalhadores agrícolas, mulheres rurais e comunidades indígenas e negras de quase 70 países da Ásia, África, América e Europa. Sua principal política é a defesa da soberania alimentar, isto é: o direito dos povos de decidir sobre sua própria política agrícola e alimentar.

\*Chimen Peyizan é a tradução para Via Campesina em Kreyòl (idioma crioulo falado por cerca de 80% da população do Haiti)

Larsen, foi enfático ao afirmar que o foco desse processo deve estar sobre os trabalhadores do setor. “Com o terremoto a falta de trabalhadores de saúde aumentou, pois muitos profissionais de saúde perderam suas vidas ou ficaram gravemente feridos”, afirmou, lembrando que a falta de médicos é apenas parte do problema, já que a falta de enfermeiros, agentes comunitários e outros profissionais de nível médio é ainda mais grave. “Profissionais de nível médio e não edifícios. Um hospital tem pouco valor se não há os trabalhadores da saúde em número suficiente”, enfatizou o ministro.

Segundo Larsen, além da escassez numérica também é preciso resolver os inúmeros fatores que afetam a produtividade dos profissionais existentes e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços. “É preciso enfrentar os problemas dos baixos salários e da falta de planos de carreira, de condições adequadas de trabalho e de mecanismos de avaliação de desempenho, bem como a questão da baixa capacidade de retenção do setor público”, acrescentou.

De acordo com o ministro, parece que alguns programas de formação promovidos por organizações que se instalam no Haiti servem apenas para desenvolver talentos que possam ser posteriormente recrutados. “É difícil manter os trabalhadores no país, pois muitos são contratados para trabalhar nos Estados Unidos e no Canadá. Por outro lado, aqueles que permanecem acabam buscando empregos em ONGs ou no setor privado, por conta dos salários”, explicou.

### A formação para a saúde no âmbito do Acordo Tripartite

A primeira reunião do Comitê Gestor Tripartite – responsável pelo plano de cooperação internacional entre Brasil, Cuba e Haiti –, ocorreu nos dias 22 e 23 de abril, no Brasil. Na ocasião, o grupo formado por representantes dos três países fez uma visita técnica à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da Rocinha, no Rio de Janeiro e, posteriormente, em Brasília, se reuniu para elaborar um plano de trabalho conjunto, com base nas propostas feitas pelas autoridades haitianas. Também ficou definida a criação de Grupos Técnicos prioritários, dentre os quais o de Formação de Recursos Humanos em Saúde,



cujos coordenadores (pontos focais) são: Clarice Ferraz (Brasil), José Caridad Cabrera (Cuba) e Gadner Michaud (Haiti).

Por conta da experiência brasileira com a formação de técnicos de nível médio para o Sistema Único de Saúde (SUS), coube ao Ministério da Saúde do Brasil apresentar um projeto de formação técnica em saúde para o Haiti.

De 5 a 11 de junho, uma missão brasileira esteve no Haiti para analisar, juntamente com representantes cubanos, o contexto atual e avaliar a necessidades de formação técnica em saúde no país. Entre diversas atividades, o grupo participou de uma oficina de trabalho organizada por técnicos e gestores do Ministério da Saúde do Haiti, com o objetivo de estabelecer os eixos norteadores do plano de formação.

Em julho, o Ministério da Saúde do Brasil apresentou uma proposta com base no estabelecido no Memorando e nas informações recebidas durante a missão ao Haiti.

“Depois das análises prospectivas realizadas em visitas ao Haiti e considerando as definições acordadas com o Ministério de Saúde daquele país, ficou estabelecida que as prioridades iniciais de formação são para **Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Técnicos de Enfermagem (TE) e Oficiais Sanitários (OS)**”, explica Clarice Ferraz.

Segundo ela, a idéia é trabalhar com a realidade da infraestrutura do país, na perspectiva de reorganizar o sistema segundo as bases da Atenção Primária em Saúde, tendo em vista a efetivação de uma Política Pública de Saúde.

**Agente comunitário de saúde:** desenvolve ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílio e coletividades. Atua na promoção da saúde e prevenção de doenças por meio da educação sanitária da população, privilegiando o acesso às ações e aos serviços de informação, no âmbito social e da saúde. Está vinculado à rede de atenção primária à saúde.

**Técnico em enfermagem** - complementação do auxiliar de enfermagem que já atua na atenção primária à saúde: realiza atividades, procedimentos e técnicas requeridos à prestação dos cuidados de enfermagem nas unidades e serviços de saúde (hospitais de baixa, média e alta complexidades, policlínicas, unidades de atenção primária à saúde, serviços de atendimento pré-hospitalar/resgate).

**Oficial Sanitário:** desenvolve ações voltadas para melhoria da qualidade de vida, a preservação e a utilização da natureza, o desenvolvimento e a inovação do aparato tecnológico de suporte e atenção à saúde. Abrange ações voltadas para a proteção e preservação dos seres vivos e dos recursos ambientais, para a segurança das pessoas e comunidades, para o controle e avaliação de risco, bem como para implementação de programas de educação ambiental.



Formação e informação em saúde: tradução dos materiais para o Kreyòl (idioma crioulo haitiano usado por cerca de 80% da população) é fundamental

De acordo com o documento, a educação profissional em saúde deve ser pautada na perspectiva do processo de trabalho em saúde e na contextualização das práticas como fonte de produção de conteúdos significativos, requerendo, portanto, aproximação entre as ações cotidianas do trabalho e as metodologias pedagógicas desenvolvidas. Nesse sentido, a idéia é que a metodologia de formação deve promover a reflexão da prática profissional dos alunos, identificando suas fragilidades e, ao mesmo tempo, apresentar novos conhecimentos que melhorem o desempenho dos profissionais e, conseqüentemente, a qualidade da atenção à saúde prestada à população.

Em agosto, numa reunião em Havana, Cuba, o projeto brasileiro foi aprovado por unanimidade pelo Comitê Gestor Tripartite, ficando estabelecida a formação de 2680 ACS, 1080 TE e 480 OS, no período de 25 de outubro de 2010 a 16 de abril de 2011. “No início de setembro, enviamos para o Grupo Técnico no Haiti os mapas de competências, marcos de orientações curriculares e os planos de atividades de curso para formação dos agentes comunitários, com textos didáticos, elaborados pela Rede de Escolas Técnicas do SUS, para serem validados e traduzidos para o francês”, conta Clarice.

Os cursos contarão com a participação de professores brasileiros, cubanos e haitianos, e um dos desafios a serem enfrentados é a necessidade de se comunicar em português, espanhol, francês e até mesmo no idioma crioulo haitiano (*kreyòl ayisyen*), também conhecida como ‘créole’. “Para tentar superar essa dificuldade, alguns profissionais haitianos estão fazendo curso de português na embaixada brasileira em Porto Príncipe”, acrescenta.

Para dar continuidade ao projeto, foi realizada, de 4 a 10 de outubro, em Fortaleza, Brasil, uma oficina de formação para os docentes. Pelo Haiti, participaram da atividade representantes do MSSP e professores do Instituto Haitiano de Saúde Comunitária (INSHAC). Membros da Brigada Médica no Haiti e professores de Havana formaram a delegação cubana. O grupo brasileiro incluiu, entre outros, os responsáveis pela cooperação tripartite, membros do escritório da Opas/OMS em Brasília, dirigentes da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará e os professores dos primeiros grupos que irão dar aulas no Haiti.

Um dos objetivos da oficina foi estabelecer um cronograma para a formação dos ACS, ficando confirmada a data de 25 de outubro para o início das atividades em Porto Príncipe, após uma reunião de todos os professores envolvidos no projeto de 20 a 22, no INSHAC. Em Palland e Aquin, o projeto será iniciado um mês depois. A formação em Gonaive está prevista para começar em janeiro de 2011.

No âmbito geral do Acordo Tripartite, foi confirmado a montagem de um escritório permanente na embaixada brasileira, com função logística para apoiar o processo.



Atenção materno-infantil: reconstrução do sistema terá foco nas ações de Atenção Primária à Saúde



Missão no Haiti (jun/2010): cooperação tripartite Brasil, Cuba e Haiti exige diálogo constante e conhecimento mútuo



A Opas-Brasil também anunciou a contratação de um consultor que trabalhará no escritório da organização no Haiti, com a função de auxiliar o desenvolvimento do programa de formação. Além disso, também serão transferidos recursos para a tradução e adaptação do material pedagógico.

Na opinião de Philippe Montagut (Opas/OMS-Haiti), que esteve presente na oficina, o resultado do encontro foi bastante positivo e todas as diferenças culturais e as dificuldades de linguagem foram resolvidas rapidamente. “O Brasil tem expressado com muita firmeza a vontade de formar profissionais capazes de contribuir para a criação de um sistema de saúde abrangente e integrado, a partir da Atenção Primária. A proposta se destina a formar profissionais a serem imediatamente inseridos nos serviços da rede funcional, de acordo com planejamento da autoridade nacional de saúde do Haiti”, ressaltou.

Na próxima reunião do Comitê Gestor Tripartite no Haiti, caberá ao MSSP apresentar, entre outras coisas, as decisões administrativas que dizem respeito a esses novos profissionais – estatuto, remuneração, plano de carreiras – e a revisão e atualização para os perfis já atuam no sistema.

A preocupação é avaliar a possibilidade de o Ministério absorver um aumento de 33% de seus quadros (62% se não for considerado o pessoal administrativo). ❏

## Hospitais seguros: tema vira prioridade na 50ª Reunião do Conselho Diretivo da Opas/OMS

O terremoto do dia 12 de janeiro afetou fortemente a infraestrutura do Haiti. Diversos prédios do governo, dentre os quais o Palácio Presidencial, o Parlamento e diversos Ministérios desabaram. Na área da saúde, oito hospitais foram totalmente destruídos e outros 22, localizados nas áreas mais afetadas, sofreram graves danos. O caso no Haiti, foi emblemático, mas não foi o único.

Em Nova Orleans, nos Estados Unidos, em 2005, as inundações causadas pelo furacão Katrina inutilizaram 17 dos 20 hospitais da cidade. Na Cidade do México, em 1985, um terremoto destruiu uma das alas do Hospital Juárez, matando cerca de 560 pessoas, entre pacientes e trabalhadores da saúde.

Também este ano, no Chile, o terremoto do dia 27 de fevereiro danificou, em maior ou menor grau, 79 dos 130 hospitais da região afetada, causando a perda de quase 5 mil leitos. Os hospitais mais danificados, os mais antigos e que não haviam passado por obras que reduzissem sua vulnerabilidade diante de desastres, estavam, em muitos casos, bem próximos a estabelecimentos construídos conforme as ‘normas de segurança para hospitais’, que sofreram quase nenhuma avaria.

Os exemplos são muitos e servem para colocar novamente em foco a questão dos hospitais seguros, que já havia sido o tema do Dia Mundial da Saúde em 2009: ‘Quando ocorre um desastre, hospitais seguros salvam vidas’.

No dia 1º de outubro, durante a 50ª Reunião do Conselho Diretivo da Opas/OMS, os ministros da saúde dos Estados-Membros reafirmaram a necessidade de se tornar os hospitais mais seguros em caso de desastres, de forma que eles possam continuar prestando serviços nos momentos de emergência. Quando um hospital deixa de funcionar por causa de um desastre, aumenta o risco de mortes e incapacidades. O problema, no entanto, permanece ao longo de pelo menos dois anos, quando parte da população tende a ficar privada de atendimento médico adequado.

Segundo a Organização, 67% dos estabelecimentos de saúde da Região das Américas estão localizados em áreas de risco de desastres, sendo que na América Latina e no Caribe ainda é comum a construção de estabelecimentos de saúde em zonas de risco, sem as devidas medidas de proteção. De 327 hospitais avaliados em 17 países, apenas 39% teriam grandes probabilidades de resistir a um desastre e 16% só teriam alguma chance de resistir caso fossem tomadas medidas urgentes de melhorias.

Por todas essas razões, o Conselho aprovou um novo plano regional de investimentos e sistemas de supervisão para que novos hospitais e estabelecimentos de saúde já sejam construídos dentro das normas de segurança existentes e para que os antigos sejam modernizados para atender as normas. Para o Conselho, a existência de

uma série de compromissos nacionais e internacionais nessa área mostra que o tema já está na agenda de vários países.

O Conselho Diretivo da Opas se reúne anualmente para estabelecer as prioridades na cooperação pan-americana em matéria de saúde e orientar os programas de cooperação técnica da Opas em seus Estados-Membros.

### ‘Viagem virtual por um hospital seguro’

Há pouco mais de um ano, a Opas lançou um programa de capacitação multimídia – disponível em espanhol e inglês – que combina vídeo, animação bi e tridimensional, imagens e sons, além de incluir apresentações e publicações técnicas, para criar um ambiente de aprendizagem virtual sobre ‘hospitais seguros’.

O conteúdo está dividido em módulos, os quais podem ser usados independentemente para explorar aspectos específicos do tema, ou podem ser usados em sequência para realizar uma exploração total. O DVD inclui uma biblioteca para consulta e download de material de apoio. Para solicitar o DVD, os interessados devem escrever para: [disasterpublications@paho.org](mailto:disasterpublications@paho.org).

#### Mais informações:

- em inglês: <http://www.paho.org/english/dd/ped/viajevirtualhospitalseguro.htm>
- em espanhol: <http://www.paho.org/spanish/dd/ped/viajevirtualhospitalseguro.htm>

Leia mais:

- Haiti: Resumen de la Evaluación de necesidades post desastre (PDNA) del terremoto del 12 de enero de 2010 (Gobierno del Haití, marzo/2010): <http://www.eclac.org/mexico/noticias/noticias/0/38920/EvaluacionPNDAHaitiEspP.Cote.pdf>
- Plan Interiminaire du Secteur Santé – avr/2010-sep/2011 (MSSP-Haiti, mar/2010): [http://www.mspp.gouv.ht/site/download/plan\\_interiminaire.pdf](http://www.mspp.gouv.ht/site/download/plan_interiminaire.pdf)
- Situação de Saúde: nove meses após o terremoto no Haiti (Opas/OMS, out/2010): <http://g1.globo.com/VCnoG1/0,,MUL1444936-8491,00.html>

fique de olho



# A informação a serviço da formação do trabalhador da saúde

porque a maior parte das publicações é doada pelos governos de Brasil e Portugal”, explica Regina, lembrando que o comprador ainda deve arcar com o valor referente ao transporte das Bibliotecas até os países.

O sucesso do projeto das Bibliotecas Azuis – que em dezembro de 2009 já contabilizava 1968 unidades enviadas para 82 países, totalizando cerca de 250 mil publicações – se deve, entre outras coisas, à exigência de responsáveis locais por cada unidade instalada e de um responsável nacional que, além de coordenar o trabalho no âmbito dos países, colabora com a OMS na avaliação de uso e impacto dessas Bibliotecas. “Apesar das suas particularidades, as Bibliotecas Azuis funcionam de forma similar às bibliotecas regulares.

**N**os países mais pobres, a falta de recursos acaba resultando na falta de livros e revistas médicas nas bibliotecas de muitas instituições de formação e serviços de saúde. Mudar essa situação tem sido a meta de diversas iniciativas que visam utilizar o conhecimento para melhorar a formação profissional e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços, aumentando as chances desses países alcançarem as metas de saúde dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

## ‘Bibliotecas Azuis’: informação que vence distâncias

A vontade de levar para áreas carentes de informação conhecimentos práticos e básicos sobre alguns temas fundamentais levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a lançar, no final dos anos 90, o projeto Bibliotecas Azuis [Blue Trunk Libraries]. Criadas originalmente em inglês, essas bibliotecas, cujo acervo é organizado em caixas de papelão, de acordo com o tema, e colocado em uma caixa de metal azul para facilitar o transporte e armazenamento das publicações, ganharam inicialmente versões em francês e árabe. Em 2006, com apoio do Ministério de Saúde do Brasil e do Alto Comissariado da Saúde de Portugal, foi criada a versão em português da Biblioteca, que reúne mais de 180 livros, documentos e manuais sobre saúde pública e outras áreas relacionadas às ciências da saúde. “Esse conteúdo foi selecionado com base nas necessidades dos países. Não é meramente a tradução das bibliotecas nos outros idiomas”, enfatiza Regina Ungerer, coordenadora da [Rede ePORTUGUÊSe](#). Na Biblioteca, há publicações dirigidas a diferentes categorias profissionais – médicos, enfermeiros e agente comunitários – sobre questões médicas, sanitárias e administrativas enfrentadas em seu cotidiano de trabalho.

Para encomendar uma Biblioteca Azul, a instituição interessada deve entrar em contato com a OMS em seu país, ou com o Departamento de Publicações da OMS em Genebra ([bluetrunk@who.int](mailto:bluetrunk@who.int)). O custo de aquisição, que inclui a montagem, compra da caixa azul, impressão de alguns manuais e treinamento do pessoal responsável, varia. As versões em inglês e francês saem por cerca de US\$ 2 mil, a versão em português, no entanto, sai pela metade do preço. “A redução foi possível

Criada no âmbito da OMS, a Rede ePORTUGUÊSe oferece a oito países – Brasil, Portugal, Timor Leste mais os cinco países africanos de língua oficial portuguesa (Palop): Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe – a oportunidade de receber informação em saúde atualizada e relevante em seu próprio idioma. A iniciativa faz parte da estratégia global da OMS de estender o princípio do multilinguismo aos países em desenvolvimento, com o intuito de aprimorar o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

Nesse sentido, é necessário que alguém tome conta do local, verifique o que foi emprestado e cuide do material, além de divulgar a existência da Biblioteca e seu conteúdo”, ressalta Regina, citando Moçambique, país que já recebeu 46 unidades das 92 disponibilizadas pela rede ePORTUGUÊSe, como exemplo: “Instituições governamentais e não governamentais que atuam no país têm se unido para adquirir bibliotecas e treinar pessoal. Em agosto passado, foi realizado um curso para os futuros gestores de 20 Bibliotecas Azuis que serão enviadas para a Província da Zambézia”. O objetivo do treinamento é fazer com que esses gestores se tornem parceiros ativos e assegurem que a informação seja realmente disseminada.

O grande sucesso das Bibliotecas Azuis em português, as mais encomendadas à OMS em 2009, e os crescentes pedidos de materiais sobre temas especiais levaram a ePORTUGUÊSe a criar a Biblioteca Vermelha, uma mini-biblioteca temática – menor do que sua precursora de cor azul – preparada de acordo com demandas específicas. As duas primeiras unidades, com publicações sobre HIV/Aids, foram enviadas para Moçambique.

### **‘Bibliotecas Móveis’: um projeto solidário**

Por estatuto, a Ordem dos Enfermeiros (OE) de Portugal deve promover a cooperação, em nível internacional, no âmbito das ciências de enfermagem. Nesse sentido, inspirada no projeto ‘Mobile Library’ do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), a OE criou a ‘Biblioteca Móvel’, com publicações em português.

A ideia é que nos países em desenvolvimento, os enfermeiros, que desempenham um papel de extrema importância nos sistemas nacionais de saúde, muitas vezes trabalham em lo-

Criado em 1967, o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, cuja sigla Bireme deriva do seu nome original – Biblioteca Regional de Medicina –, é um centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS). Sua sede está localizada no Brasil, no campus central Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

cais com difícil acesso à informação atualizada sobre cuidados de saúde.

Assim como as Bibliotecas Azuis, as Bibliotecas Móveis contêm materiais práticos e de referência, relevantes para o trabalho diário dos enfermeiros, bem como outros materiais adaptados às necessidades locais.

O envio das bibliotecas móveis exige um contrato entre o CIE/OE, responsáveis pela gestão global do projeto, e a Associação Nacional de Enfermeiros do país interessado, a quem cabe a gestão e manutenção das bibliotecas no âmbito do país.

### **BVS: disseminação do conhecimento e inclusão digital**

As Bibliotecas Virtuais em Saúde (BVS) são bibliotecas on-line, em que os usuários têm acesso facilitado a milhões de documentos técnico-científicos, gerados em instituições acadêmicas e serviços de saúde.

A história da BVS se inicia nos anos 80, quando o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) começa a desenvolver projetos que utilizam as novas tecnologias da comunicação para disseminar informação em saúde. Em 1988, é lançado um CD-ROM da Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Lilacs), um dos primeiros CD-ROMs de informação científica produzido no mundo. Dez anos depois, a Bireme atinge um novo patamar, transforma a

informação do CD-ROM em virtual e habilita a BVS.

A rede BVS que, em 2009, recebeu mais de 20 milhões de acesso por mês, já está consolidada em mais de 20 países, inclusive no Brasil, que até pouco tempo era a única BVS em português. Atualmente, com apoio da rede ePORTUGUÊSe, o modelo BVS está sendo levado para os demais integrantes da Comunidade dos Países da Língua Portuguesa (CPLP).

“A estação é uma das principais estratégias de popularização e democratização do acesso à informação. Essa iniciativa, não apenas contribui para a disseminação do conhecimento, como também colabora para o aumento da inclusão digital”, afirma Eliane Santos, coordenadora geral de Documentação e Informação do Ministério da Saúde no Brasil.

Além das bibliotecas nacionais, existem as BVS temáticas, dentre as quais a de Educação Profissional em Saúde, na qual é possível encontrar informações relevantes na área de formação de técnicos para o setor. A BVS-EPS é mantida pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). ☒



Futuros gestores das Bibliotecas Azuis em Moçambique

### **Mais informações:**

Bibliotecas Azuis: [http://www.who.int/ghl/mobile\\_libraries/bluetrunk/en/index.html](http://www.who.int/ghl/mobile_libraries/bluetrunk/en/index.html)  
Bibliotecas Móveis (Ordem dos Enfermeiros de Portugal): <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/BM.aspx>  
Biblioteca Virtual em Saúde: <http://regional.bvsalud.org/local/Site/bireme/P/historia.htm>  
BVS-EPS: [www.bvseps.icict.fiocruz.br](http://www.bvseps.icict.fiocruz.br)  
ePORTUGUÊSe: <http://www.who.int/eportuguese/en/>

## Vigilância em Saúde

**V**igilância em saúde’, ‘vigilância da saúde’, ‘vigilância à saúde’. Considerados por muitos como conceitualmente distintos, esses três termos são, na maioria das vezes, utilizados indiscriminadamente para fazer referência a uma área da saúde pública que vem se consolidando em diversos países. De forma geral, a ideia de vigilância em saúde inclui a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, a vigilância ambiental em saúde, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

### Em Cuba, ampliação da capacidade de resposta do sistema de saúde

Em Cuba, a proposta da Vigilância em Saúde surge, no início dos anos 90, para dar continuidade às conquistas alcançadas na área da saúde. Nesse sentido, de acordo com o Infomed [portal da saúde de Cuba], o Ministério de Saúde Pública buscou definir, no primeiro semestre de 1993, uma estratégia capaz de dar uma resposta mais eficiente à situação sanitária do país. Foi estabelecido, então, um sistema que permitisse “uma maior integração da informação da vigilância e um maior nível de análise e utilização da informação gerada, em consonância com o conhecimento existente sobre vigilância em nível internacional, a fim de se conseguir um maior benefício para a tomada de decisões, com base científica nos diferentes níveis, de acordo com a política de descentralização das instâncias de governo”.

A implantação da vigilância da saúde em Cuba partiu de algumas premissas básicas, dentre as quais:

- vinculação estreita com as políticas, estratégias, programas e serviços de saúde, bem como com os processos de pesquisa e de formação e capacitação de recursos humanos;
- aprimoramento de subsistemas de informação e vigilância epidemiológica já existentes e criação de novos subsistemas necessários;
- mobilização dos recursos técnicos disponíveis com base na análise e na resposta rápida e eficiente;
- análise periódica de informações de outros setores em função da saúde; integração adequada dos aspectos da promoção da saúde, condições e estilos de vida;
- intercâmbio contínuo de informações selecionadas com outros sistemas ou subsistemas nacionais e intercomunicação com outros sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica em nível internacional; e
- transmissão para os profissionais responsáveis pela área em todos os níveis de métodos rápidos de avaliação epidemiológica e de metodologia para lidar com situações agudas.

Alimentado a partir de fontes de informação estatísticas do Ministério, o sistema de vigilância em saúde permitiu a criação de infraestruturas nacionais e locais necessárias a implantação de sistemas de alerta precoce e resposta rápida às ameaças ao quadro nacional de saúde.

### No Brasil, reorganização das práticas e democratização das relações de trabalho

No Brasil, o conceito de vigilância em saúde começa a ser conformado no rastro do movimento pela Reforma Sanitária, o qual resultou na criação, em 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desenvolvida, inicialmente no âmbito acadêmico, a discussão sobre o modelo de atenção que melhor atendesse aos princípios e diretrizes do SUS – universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular – chega, em meados dos anos 90, aos dirigentes e técnicos do sistema, preocupados com a necessidade de reorganização das práticas de saúde em todos três níveis do sistema. O propósito central era desenvolver um modelo que contemplasse tanto os aspectos éticos e culturais quanto os técnicos e organizacionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde, bem como políticas de saúde que enfatizassem as ações de promoção e vigilância da saúde.

A reorganização dos serviços, por sua vez, tinha por objetivo substituir as antigas lógicas da ‘atenção à demanda espontânea’ e dos ‘programas especiais’ por outra de ‘oferta organizada de serviços’, com base nas necessidades de saúde de populações territorialmente definidas e com foco na qualidade de vida.

As discussões realizadas acabaram gerando três visões distintas de vigilância da saúde: (1) como ‘análise de situações de saúde’, ideia que privilegia as ações de monitoramento da situação de saúde em detrimento das ações voltadas ao enfrentamento dos problemas; (2) como proposta de ‘integração’ institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária; e (3) como proposta de redefinição das práticas sanitárias, tendo em vista o princípio da integralidade das ações de saúde, tanto no que diz respeito ao seu objeto e finalidade – promoção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação – quanto seus níveis de complexidade tecnológica e organizacional.

“Na época, os arranjos assistenciais hegemônicos – o médico-centrado, focado na atenção hospitalar e na



medicalização, e o sanitário, apoiado em campanhas, programas e em ações de vigilância epidemiológica e sanitária – não eram mais suficientes para responder as necessidades em saúde da população”, explica Grácia Gondim, professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz e coordenadora do Curso Técnico em Vigilância em Saúde. “A vigilância em saúde acaba redefinindo o sujeito, o objeto, as práticas e o processo de trabalho em saúde e incorporando no interior das ações de saúde e na gestão do sistema o conceito de democracia, a horizontalização de saberes e novas formas de relação entre os profissionais de saúde e entre estes e a população, que passa a ser vista como parceira na definição das necessidades de saúde e no planejamento das ações”, completa.

### Na Argentina, integração de conhecimentos

Na Argentina, segundo Raúl Forlenza e Jorge Chauí, médicos do Departamento de Epidemiologia do Ministério de Saúde do Governo da Cidade de Buenos Aires, a vigilância em saúde – definida como “identificação, coleta sistemática, análise e interpretação de dados sobre eventos de saúde ou condições relacionadas, para serem usadas no planejamento, implementação e avaliação de programas de Saúde Pública, incluindo como elemento básico a disseminação dessas informações a todos que necessitem conhecê-las” – vem dar ao sistema de vigilância epidemiológica um conceito mais amplo.

“A ampliação do campo da vigilância epidemiológica para o da vigilância em saúde pública ocorre pela inclusão da vigilância demográfica, da vigilância de eventos de saúde, da vigilância do sistema de saúde e da opinião da população, com seu grau de satisfação, e da vigilância ambiental”, complementa

Forlenza, ressaltando: “Mais do que simplesmente substituir e agregar as tradicionais áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental, o novo conceito pretende integrar áreas de conhecimento, evitando a atomização dos dados existentes e proporcionando uma leitura holística da informação”.

Nesse sentido, a vigilância demográfica considera a identificação de fatores que estão relacionados às mudanças do estado de saúde da população – idade e sexo, estrutura e função social, tamanho e crescimento populacional, distribuição espacial, estrutura e função familiar e migração. “Os eventos de saúde são vistos pelo ângulo da ocorrência de enfermidades e danos à saúde, incapacidade e morte, bem como dos fatores de risco oriundos do ambiente físico, da biologia, do estilo de vida e de conduta e das condições socioeconômicas”, ressalta Chauí.

A vigilância da situação de saúde, por sua vez, inclui, entre outras coisas, a identificação das perdas de saúde – carga de enfermidade, mortalidade e incapacidade –; dos fatores de risco individuais, comunitários e ambientais; da iniquidade em saúde – recursos, acesso e resultados –; da qualidade de vida relacionada à saúde – física, psicológica e socioeconômica –; e da qualidade de serviços relacionados à saúde – educação, água, saneamento e alimentação.

A vigilância dos serviços de saúde visa identificar os problemas que afetam sua qualidade, considerando a utilização, a acessibilidade, os recursos humanos, o custo-efetividade, as políticas e sua aplicação. Segundo Forlenza, deve considerar os serviços e instituições que exerçam influência sobre a saúde, ainda que não estejam sob o controle direto do sistema público de saúde, ou seja, as obras sociais, o setor privado e setor internacional.

Um último elemento é constituído pela percepção da população sobre sua saúde e sobre os serviços. A vigilância em saúde põe ênfase na opinião que a população tem sobre a sua própria saúde e sobre os serviços oferecidos pelo sistema de saúde.

### O trabalho na Vigilância em Saúde

Apesar de apresentar algumas distinções, as diversas concepções de Vigilância em Saúde trazem em comum a ideia da análise permanente da situação de saúde da população como ponto de partida para a organização e execução de práticas de saúde. Nesse sentido, reúne as ações tradicionais de vigilância, mas também as de promoção, prevenção e controle de doenças e riscos à saúde, constituindo-se como um espaço de articulação de técnicas e conhecimentos oriundos de diversas áreas, como, por exemplo, a epidemiologia, o planejamento e as ciências sociais.

A complexidade do objeto de trabalho da vigilância em saúde, constituído pelos determinantes sociais relacionados ao processo saúde-doença-cuidado e materializados em territórios-população, acaba definindo um perfil de trabalhador bastante específico, como explica Grácia: “O trabalho desse sujeito exige tanto um olhar atento para as situações específicas do território em que ele atua quanto a capacidade de relacionar essas situações ao contexto mais geral. No seu cotidiano de trabalho, ele deve articular continuamente conhecimentos tácitos e técnicos das ciências da saúde e das ciências sociais para poder agir sobre a realidade”.

Essa visão é compartilhada por Forlenza e Chauí, que reiteram a necessidade de esse trabalhador estar capacitado para intervir em diferentes níveis

populacionais – desde bairros as maiores jurisdições – com fluída comunicação com a comunidade, identificando e analisando contextos, riscos para a saúde e eventos de saúde-doença, georeferenciando os dados e contribuindo para priorizar intervenções.

A despeito da importância que os trabalhadores de vigilância em saúde assumem no fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, ainda não é comum a formação de técnicos e tecnólogos específicos para essa área. Em Cuba, por exemplo, existe na área das Tecnologias da Saúde, um curso de Higiene e Epidemiologia. Em Portugal, por outro lado, a formação seria em Saúde Ambiental.

“Na Argentina, ainda não existe uma carreira técnica em epidemiologia e vigilância da saúde”, conta Forlenza, acrescentando: “Mas uma carreira técnica desse tipo deveria capacitar para a articulação de saberes – ciências da saúde, epidemiologia, ciências sociais, etc.– e práticas – vigilância da saúde, vigilância ambiental, trabalho de campo, manejo de base de dados, processamento e análise”.

No Brasil, a história de uma formação voltada especificamente para a vigilância em saúde começa no final de 1998, quando o Ministério da Saúde solicita à EPSJV/Fiocruz uma proposta de formação para cerca de 24 mil agentes de endemias da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que passariam a trabalhar para os estados e municípios com a descentralização dos serviços de controle sanitário e epidemiologia.

Na época, o intuito era transformar as práticas sanitárias desses profissionais, até então focadas sobre a doença, para o

No Brasil, o técnico é um profissional de nível médio e o curso técnico pode ser feito em três modalidades: para estudantes que terminaram o ensino fundamental (9 anos de ensino formal), há o **ensino integrado** (ensino médio e habilitação profissional na mesma instituição, com matrícula única para os dois cursos) e **ensino concomitante** (ensino médio e habilitação profissional em instituições distintas). Para os que já completaram o nível médio (12 anos de ensino formal), existe o **ensino subsequente**.

Vê o homem como ser social, ético e político, um sujeito autônomo e capaz de desenvolver habilidades manuais, científicas e intelectuais, independentemente do grau de escolaridade, de modo a exercitá-las em sociedade e contribuir para transformar as regras, condutas, idéias e práticas, na perspectiva do bem-estar coletivo. Fonte: Estudos de Politecnia e Saúde, volume 3, pag.: 155 – EPSJV, 2008.

entendimento dos determinantes sociais da saúde e a produção social da qualidade de vida em territórios-população. É apresentada então a proposta do Programa de Formação para Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), cujo primeiro curso teve início no final de 2001, por meio da modalidade de ensino à distância e presencial e que, em cinco anos, chegou a formar 35 mil trabalhadores Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2002, a partir de algumas propostas curriculares já existentes, é criado o curso Técnico de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental, como formação profissional técnica de nível médio, nas modalidades **integrado, concomitante e subsequente**. O que possibilitava a convivência e a troca de experiências entre trabalhadores do SUS e alunos do ensino médio. Finalmente, no início do ano de 2008, é implementado na EPSJV um novo curso – o Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU) –, cujo currículo é pautado na integração e na interdisciplinaridade.

Hoje, no país, diversas outras instituições de ensino, públicas e privadas, já oferecem curso de formação para técnicos de vigilância em saúde.

### Interdisciplinaridade e autonomia

De acordo com o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos do Ministério da Educação do Brasil, o técnico de vigilância em saúde desenvolve ações de inspeção e fiscalização sanitárias; aplica normatização relacionada a produtos, processos, ambientes, inclusive do trabalho, e serviços de interesse da saúde; investiga, monitora e avalia riscos e os determinantes dos agravos e danos à saúde e ao meio ambiente; compõe equipes multidisciplinares de planejamento, execução e avaliação do processo de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador; atua no controle do fluxo de pessoas, animais, plantas e produtos

em portos, aeroportos e fronteiras; e desenvolve ações de controle e monitoramento de doenças, endemias e de vetores.

“A complexidade do objeto do trabalho da vigilância em saúde e a especificidade de seu trabalho acabaram definindo a organização interdisciplinar e transversal do currículo do CTVISAU, na qual se entrelaçam diferentes elementos que constituem o processo de ensino-aprendizagem – conteúdos gerais e específicos; teoria e prática; ensino e pesquisa; escola e sociedade –, como exigência do processo de trabalho em saúde”, explica Grácia.

A **Educação Politécnica**, a formação integrada e a interdisciplinaridade foram os pressupostos teórico-metodológicos utilizados na definição da estrutura do curso. “Isso resultou num desenho singular que combina componentes curriculares e diferentes estratégias didático-pedagógicas e organizacionais. Dessa forma, é possível construir os nexos necessários entre os conteúdos teóricos e práticos, de modo a reconstruir e (re)significar conhecimentos, no cotidiano do trabalho e da vida do aluno”, acentua.

Segundo ela, o desenho e os componentes curriculares do curso consideram a necessidade de diálogo permanente entre a formação geral e a formação técnica. “Nosso objetivo é tentar garantir que o ensino profissionalizante não tenha um fim em si mesmo nem se oriente pelos interesses do mercado de trabalho. Ele deve representar uma possibilidade na construção dos projetos de vida do aluno: de autonomia, emancipação, liberdade e superação”, ressalta a coordenadora. 📄

Todo material utilizado na elaboração deste texto, está disponível no site da RETS (<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>) em: ‘Biblioteca’ > ‘Temas de interesse’ > ‘Vigilância em saúde’

## Fórum GHWA: o técnico em saúde (Parte 1)

Compartilhar evidências e exemplos de boas práticas relacionadas aos técnicos de saúde, ou trabalhadores de nível médio, como define a Organização Mundial da Saúde (OMS), e evidenciar questões políticas e programáticas de importância para o tema, estimulando a reflexão e a discussão sobre elas. Esses foram os objetivos do fórum on-line sobre esse segmento profissional – Mid-level Health Workers –, realizado pela Aliança Global para a Força de Trabalho em Saúde (GHWA, do inglês Global Health Workforce Alliance). A iniciativa, ocorrida de 4 a 18 de maio deste ano e viabilizada pelo **IBP Knowledge Gateway**, no âmbito da **HRH Exchange**, reuniu especialistas e profissionais de saúde pública, pesquisa e formação em saúde de vários países e instituições.

Quem são os trabalhadores de nível médio da área da saúde? Qual é o seu papel no contexto mais amplo dos recursos humanos e das estratégias para o setor? De que forma eles podem contribuir para a melhoria do acesso aos serviços? Que tipo de formação é a mais adequada para esses trabalhadores e quais as melhores formas de gestão do seu trabalho? Que políticas de saúde e organizações de sistema possibilitam maior sucesso na utilização desses profissionais?

As discussões foram feitas com base em textos de referência e sugestões de leituras enviadas previamente aos participantes pelos organizadores do evento. Ao final de cada dia, todos recebiam um resumo dos debates, juntamente com as conclusões do especialista responsável pelo tema.

Com esta matéria, mais do que simplesmente reportar o Fórum, a Revista RETS busca trazer para o âmbito da Rede algumas das discussões realizadas. A intenção é mostrar outras visões sobre o assunto, aprofundando um pouco o debate. Todo material do Fórum está disponível na página da RETS (<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br>), em: 'Biblioteca' > 'Eventos' > 'Mid-Level Health Workers (Online Forum)'

“Infelizmente, por conta das limitações de tempo, de formato e até mesmo da barreira do idioma – o fórum foi realizado em inglês –, as discussões acabaram sendo superficiais e focadas principalmente nos técnicos mais ligados às ações de assistência à saúde, deixando de lado os que trabalham em outras atividades, tais como o apoio diagnóstico, por exemplo”, lamenta a coordenadora de Coope-

ração Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e da Secretaria Executiva da RETS, Anamaria Corbo. “Apesar disso, o evento foi muito importante, na medida em que contribuiu para aumentar a visibilidade das questões de educação e trabalho que afetam o universo dos técnicos em saúde”, ressaltou.

### O que é um trabalhador de nível médio da saúde?

A primeira discussão realizada foi sobre a necessidade de se desenvolver um consenso em torno da definição de trabalhadores de nível médio na área da saúde. A questão é que esse grupo pode incluir desde algumas categorias internacionalmente reconhecidas, como as parteras, até ocupações específicas de determinados países, como os técnicos de cirurgia, em Moçambique, por exemplo.

Para Helen de Pinho, da Escola de Saúde Pública da Universidade de Columbia – EUA, que mediu o tema, há em todos os países um movimento crescente de utilização dessa força de trabalho para aumentar o acesso da população aos serviços de saúde. A falta de uma definição abrangente que se estenda por países e continentes, dificulta, segundo ela, a organização desses trabalhadores, a defesa de suas profissões e até mesmo a conquista do reconhecimento e da visibilidade profissional. “Alguns ainda veem os trabalhadores de nível médio (ou técnicos) como aqueles que, na hierarquia tradicional dos provedores de saúde, se encontram acima dos agentes comunitários e auxiliares, mas abaixo dos

O ‘Implementing Best Practices (IBP) Knowledge Gateway’ [Portal do Conhecimento da Iniciativa ‘Implementando as melhores Práticas’] é uma ferramenta eletrônica de comunicação. Voltada para comunidades virtuais de prática, reúne indivíduos e grupos ao redor do mundo, facilitando a troca de informações, a comunicação e o compartilhamento de conhecimentos sobre uma vasta gama de temas relacionados à saúde.

Mais informações: <http://my.ibpinitiative.org/home/default.aspx>

Coordenada pela GHWA, o ‘HRH Exchange’ é uma comunidade de prática de recursos humanos em saúde. Seu objetivo é estabelecer conexão entre profissionais de saúde de todos os níveis e de todas as regiões do mundo e reforçar a importância da força de trabalho no desenvolvimento das políticas de saúde.

Mais informações: <http://www.who.int/workforcealliance>

médicos e especialistas”, explicou. Segundo ela, a tendência atual é que a definição desses trabalhadores não seja feita mais com base na posição que ele ocupa no quadro de trabalhadores, mas no seu nível de qualificação, bem como no escopo e no grau de autonomia de sua prática.

Cecilia Acosta e Felisa Fogiel, do Instituto Superior de Tecnicaturas para a Saúde, órgão de formação ligado à Direção Geral de Capacitação e Investigação, do Ministério de Saúde da Cidade de Buenos Aires, concordam com o fato de que atualmente os técnicos em saúde têm uma identidade profissional bastante difusa. Para elas, essa definição ajudaria a consolidar o campo de atuação desses trabalhadores, aportando ainda aspectos importantes à determinação de suas incumbências profissionais e permitindo sua livre circulação em nível internacional. “É necessário se chegar a um consenso de aspectos básicos e amplos, porque a formação técnica é bastante diversa, e também é preciso uma certificação que identifique esse campo de formação de uma forma mais homogênea, sem que se perca a especificidade de cada uma das carreiras”, ressaltou Cecilia.

Isabel Duré e Alejandro Valitutti, da Direção Nacional de Capital Humano e Saúde Ocupacional do Ministério de Saúde da Argentina, acrescentam que qualquer definição deve considerar as necessidades dos sistemas nacionais de saúde e delimitar o alcance do exercício profissional, evitando confusões no ambiente de trabalho.

Outra questão debatida no primeiro dia do Fórum foi se a definição de **Profissionais Paramédicos** (Paramedical Practitioners), inserida na última versão da Classificação Internacional Uniforme de Ocupações (CIUO - 2008), publicada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), conseguiria captar a essência do trabalho realizado pelos chamados ‘trabalhadores de nível médio’, servindo como base para o estabelecimento de algum consenso.

Na opinião de Helen de Pinho, a

Aconselham, diagnosticam e executam serviços médicos curativos e preventivos para humanos, em escopo e complexidade mais limitados do que aqueles prestados pelos médicos. Trabalham autonomamente ou sob supervisão de médicos, no campo ou em instituições, aplicando procedimentos clínicos avançados para tratamento e prevenção de doenças, lesões e outras deficiências comuns a comunidades específicas. Entre muitas outras coisas, suas tarefas incluem: a realização de exames médicos, a prescrição e administração de tratamentos, medicamentos e outras medidas corretivas de âmbito mais restrito ou complexo do que médicos; realização de procedimentos terapêuticos, como injeções, imunizações, cuidados de feridas e suturas; monitoramento de pacientes; aconselhamento sobre práticas saudáveis para prevenção ou tratamento de doenças e disfunções.

CIUO-2008 pode servir como um mecanismo de mapeamento de várias carreiras de nível médio que existem atualmente nos diversos países. A classificação é baseada numa distinção entre os profissionais de saúde – aqueles que prestam diretamente cuidados curativos, de prevenção e de promoção da saúde – e profissionais associados de saúde – que desempenham tarefas de suporte ao diagnóstico e ao tratamento das doenças e seu objetivo é proporcionar meios de agregar dados e informações independentemente das variações nacionais de formação requerida, normas e nomenclaturas. “Nós não estamos propondo que os países mudem os nomes atuais das carreiras existentes, mas que utilizem uma classificação baseada na CIUO para mapear seus recursos, permitindo a comparação dos resultados entre os países”, acrescentou.

Com relação à definição da OIT, Cecilia e Felisa creem que ela está muito centrada em um técnico ainda muito dependente do médico, um tipo de colaborador. “A tendência atual, no entanto, é que o técnico tenha autono-

mia e possa tomar decisões, realizando atividades complexas e adquirindo uma formação integral e não somente instrumental”, enfatiza Felisa, lembrando que nem todas as carreiras técnicas da saúde realizam aconselhamento, diagnósticos, prevenção e cura de pessoas.

“As carreiras técnicas da área de saúde são consideradas famílias profissionais, uma vez que compartilham um tronco comum de capacidades profissionais de base – atitudes e valores, conhecimentos, habilidades e destrezas –, conteúdos formativos similares e experiências que proporcionam contextos de trabalho semelhantes”, completa Cecilia.

Para Isabel e Valitutti, a definição da OIT é ampla e complexa, mas poderia ser revisada à luz de diferentes situações conflitivas e demandas que se fazem presentes nesse campo.

### **Uma imagem que geralmente não corresponde à realidade**

Tanto nos países em desenvolvimento quanto nos países desenvolvidos é possível encontrar trabalhadores de saúde de nível médio nos quadros da saúde e, de forma geral, as experiências mostram que o emprego desses trabalhadores permite aumentar o acesso e a cobertura dos serviços de saúde, particularmente em comunidades mais necessitadas.

A situação dos técnicos, no entanto, varia muito de país para país, dependendo, entre outras coisas, do tamanho da força de trabalho do setor, dos níveis econômico e de desenvolvimento do país e da política de saúde adotada. Dessa forma, apesar de o escopo de prática desses quadros poder ser parecido nas diversas realidades, existem muitas variações no que diz respeito à descrição de seu trabalho, ao conteúdo, duração e qualidade de sua formação, e à sua posição no processo de trabalho.

As experiências também mostram que, apesar da importância de seu trabalho, geralmente esses trabalhadores acabam operando à margem dos sistemas de saúde, o que pode resultar em um processo inadequado de

gestão de trabalho que não dê a devida atenção, por exemplo, às questões de formação, de progressão na carreira e de regulamentação profissional, bem como às condições de trabalho.

Apesar de bastante limitados, alguns estudos de ‘percepção’ apontam para resistência e relutância por parte de outros grupos profissionais, especialmente médicos e enfermeiros, com relação ao emprego de trabalhadores de nível médio no setor saúde. Na verdade, até mesmo a denominação ‘trabalhadores de nível médio’ tende a reduzir a credibilidade desses profissionais diante de outros.

Com base nessas premissas, começaram as discussões do segundo dia do Fórum. A principal questão era saber se é possível e desejável tentar estabelecer a convergência dos inúmeros modelos de trabalhadores de nível médio da saúde para um único, reconhecido internacionalmente. Além disso, foi feita uma tentativa de mapear algumas das causas da resistência à implantação de quadros de nível médio e recolhidas sugestões sobre como desfazer algumas das percepções equivocadas a respeito desse segmento de trabalhadores da saúde.

De acordo com a moçambicana Amelia Cumbi, responsável pela síntese dos debates do dia, é possível dizer que há uma certa concordância sobre a necessidade de algum tipo de padronização e reconhecimento internacional desses profissionais que há décadas têm desempenhado um papel importante na prestação de cuidados de saúde.

Segundo ela, houve um consenso de que a padronização e o reconhecimento internacional devem se basear em aspectos mais amplos e não no sentido estrito e rigoroso de se ter exatamente a mesma formação ou o mesmo currículo. “Nesse sentido, a padronização teria o objetivo de possibilitar que esses trabalhadores possam exercer sua profissão em outros países, ou seja, a padronização seria o passaporte que possibilitaria ao profissional ‘voar’ para além das fronteiras de seu país de origem”, resumiu.

Em psicologia, percepção é a função cerebral que atribui significado a estímulos sensoriais, a partir de experiências anteriores, num processo que envolve a aquisição, interpretação, seleção e organização das informações obtidas pelos sentidos. Nesse sentido, os estudos de percepção assumem grande importância, na medida em que o comportamento das pessoas é baseado na interpretação que fazem da realidade e não na realidade em si. Por esse motivo, mesmo quando estão inseridos numa mesma realidade, os indivíduos constroem distintas percepções dos objetos e situações, de acordo com os aspectos que têm especial importância para si mesmos.

“Mesmo para os ‘tradicionais’ quadros de enfermeiros e médicos, profissões reconhecidas internacionalmente, existem variações de país para país, com currículos e tempos de formação diferentes. No entanto, se alguém diz ‘Eu sou médico’ ou ‘Eu sou enfermeira’, é percebido como tal, independentemente das variações existentes”, justificou.

Para Isabel e Valitutti, ao mesmo tempo no âmbito sul-americano, parece haver um desejo de promover a convergência dos modelos desses trabalhadores, em função da crescente integração política e econômica da região. Existem, no entanto, algumas questões que podem dificultar o processo.

No Brasil, a formação técnica pode ser feita simultaneamente ao Ensino Médio, por estudantes que tenham cursado os nove anos de Ensino Fundamental, ou por aqueles que já tenham finalizado o Ensino Médio (12 anos de ensino formal). Em ambos os casos o profissional é considerado de nível médio. “Ainda que ele continue a estudar, fazendo cursos de especialização ou aperfeiçoamento, ele permanece como um profissional de nível médio. Para se tornar um profissional de nível superior, ainda que na mesma área, ele deve fazer um curso universitário ou de formação tecnológica. Não há, portanto, um itinerário contínuo de formação”, explica Anamaria Corbo.

Na República Argentina existem dois níveis distintos de trabalhadores, que se repetem nos sistemas de saúde de todas as províncias: o de auxiliar e de técnico. “A formação de técnicos em saúde ocorre após a conclusão do ensino secundário, em cur-

sos de nível superior universitário ou não universitário”, esclarece Alejandro Valitutti.

Quanto às causas da resistência à formação de quadros de trabalhadores de nível médio, o corporativismo parece ser preponderante. “Essa resistência ocorre principalmente em algumas áreas nas quais já existem cursos de formação superior ou naquelas em que as associações e grêmios profissionais tentam legitimar algumas formações sobre outras”, comenta Isabel Duré.

O importante, segundo os debatedores que participaram do Fórum, é que os organismos internacionais, dentre os quais a OMS, ampliem a defesa desses quadros, reforçando alguns conceitos importantes. É preciso mostrar, entre outras coisas, que os trabalhadores técnicos são parte integrante dos sistemas de saúde, nos quais desempenham funções específicas, e não meros substitutos temporários utilizados na falta de quadros de nível universitário; que eles sempre desempenham um papel vital na prestação de cuidados de saúde, especialmente para as populações mais necessitadas; e que a visibilidade dos técnicos tende a aumentar na medida em que as autoridades nacionais de saúde estabeleçam critérios que possibilitem considerar esses quadros na avaliação da disponibilidade de trabalhadores de saúde nos países.

“O modo de dissipar a percepção errônea que existem sobre os técnicos de saúde passa pela demonstração da eficácia da atuação desses trabalhadores nos espaços em que estão inseridos”, completa Alejandro Valitutti. 📌

## RETS no Twitter (@RETS\_EPSJV) e mais novidades no site

A possibilidade de compartilhar informações mais rapidamente com todos que se interessam pelas questões relacionadas à formação dos trabalhadores da saúde e ao trabalho na saúde levou à criação de um Twitter para a RETS (@RETS\_EPSJV). A ideia é divulgar o conteúdo publicado no site e outros conhecimentos relevantes que possam fortalecer nossa área de atuação e também a Rede.

Criado em 2006, o Twitter possibilita o uso de computador ou celular para o envio e recebimento, em tempo real, de mensagens de texto de até 140 caracteres – os chamados ‘tweets’ –, para diversas pessoas simultaneamente. Uma das redes sociais mais utilizadas em todo o mundo, o Twitter reúne, segundo estimativas, mais de 15 milhões de usuários.

No site da RETS, por sua vez, já está pronta a seção – ‘Países’ (no menu lateral) > ‘Informações gerais’ – que traz



alguns dados sobre os países que integram a Rede. O objetivo é prover informações que possam ser úteis nas ações de cooperação, bem como facilitar o contato entre os profissionais das instituições membros. “Nosso intuito é apoiar os profissionais também em suas viagens, com informações de ordem prática sobre o clima do país de destino e até mesmo o câmbio de moedas. O importante, no entanto, é que as pessoas avaliem o conteúdo atual e não deem dicas sobre o que mais gostariam de encontrar”, explica Anamaria Corbo, coordenadora de Cooperação Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e da Secretaria Executiva da RETS.

Num segundo momento, a meta é inserir informações mais específicas sobre a formação de técnicos em saúde nos países, de acordo com o estabelecido no Plano de Trabalho da Rede.

## RETS-Unasul: ata de criação e Plano de Trabalho já estão disponíveis no novo site da Unasul-Saúde

O Conselho de Saúde Sul-Americano (Unasul-Saúde) lançou em setembro um novo site (<http://www.unasulsaude.org>), desenvolvido pelo Ministério de Saúde Pública do Equador – país que atualmente ocupa a Presidência Pro-Tempore (PPT) do Conselho.

No site, os interessados encontrarão documentos, vídeos, artigos e muitos outros materiais, além de informações diversas sobre os países membros do Conselho e sobre os Grupos Técnicos responsáveis pelas atividades de cada um dos cinco pontos da Agenda Sul-Americana da Saúde: (1) estabelecer o escudo epidemiológico sul-americano; (2) desenvolver sistemas de saúde universais e equitativos; (3) prover acesso universal a medicamentos e outros insumos para a saúde; (4) promover a saúde e enfrentar de forma conjunta seus



determinantes sociais; e (5) fortalecer a formação e a gestão de recursos humanos em saúde.

Entre os arquivos disponíveis estarão, em breve, a ata de criação e o plano de trabalho da RETS-Unasul. Os documentos,

elaborados na 1ª Reunião das Escolas Técnicas de Saúde da América do Sul, realizada durante a 2ª Reunião Geral da RETS, em dezembro de 2009, no Rio de Janeiro, serviram de base para o reconhecimento oficial da RETS-Unasul, que ocorreu em abril deste ano, em Cuenca (Equador), durante a 2ª Reunião Ordinária do Conselho.

A criação da RETS-Unasul atendeu a instrução para o estabelecimento de redes de instituições estruturantes dos sistemas nacionais de saúde, expressa na Resolução 07/09 da 3ª Reunião Extraordinária da Unasul, em novembro de 2009.

*Prezado Sr. Editor,*

### Revista RETS e pesquisa de doutorado

Sou professor da Escola Técnica de Saúde e doutorando em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia. Nos corredores da Escola, conheci a Revista RETS (edição nº 06, abr/maio/jun/2010) e isso foi muito bom. Tanto a entrevista com a Ineke Dibbits sobre interculturalidade em saúde quanto o texto publicado na seção Glossário (‘Educação de Técnicos em Saúde - parte 4’) estão sendo muito relevantes para o meu doutorado, cujo tema é ‘Mobilização comunitária como prevenção ao Aedes e prevenção da dengue no distrito de Martinésia, Uberlândia, Minas Gerais. Gostaria de saber se é possível receber os exemplares anteriores, pois acredito que eles também terão muita representatividade para a minha pesquisa. João Carlos de Oliveira - ESTES/UFU (Brasil)

# RELAÇÃO DE INSTITUIÇÕES DA RETS

## ÁFRICA

### Angola

Escola Técnica Profissional de Saúde de Luanda  
(222) 35 78 79 / 222 35 72 04

Escola Técnica Profissional de Saúde de Lubango  
(923) 53 74 06

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

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

### Cabo Verde

Universidade de Cabo Verde  
(238) 261 99 04 / (238) 261 26 60

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

### Guiné Bissau

Escola Nacional de Saúde  
0021 245 663 98 80 / 0021 245 587 88 64

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

### Moçambique

Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário de Maputo - Ministério da Saúde  
(258) 212 470 543

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

### São Tomé e Príncipe

Instituto de Ciências de Saúde Dr. Victor Sá Machado  
212 239 910 536

Representação Afro  
regafro@afro.who.int

## AMÉRICA CENTRAL

### Costa Rica

Escola de Tecnologias em Saúde - Faculdade de Medicina - Universidade de Costa Rica  
(506) 2511- 4493 / (506) 2225-8322

### Cuba

Faculdade de Tecnologias de Saúde - Instituto Superior de Ciências Médicas de La Habana  
(053-5) 2860389 / (053-7) 6400192

### El Salvador

Representação OPAS  
(503) 2298-3491 / (503) 2298-1168 (Fax)

### Honduras

Universidade Nacional Autônoma de Honduras  
(504) 232-2110

### México

Departamento de Enfermagem Clínica Integral Aplicada/Cucs - Universidade de Guadalajara  
(52-3) 10585200 / (52-3) 10585234

Escola de Enfermagem - Universidade Autônoma dos Estados de Morelos  
(52 -7) 322 9632 / (52-7) 322 9642

Faculdade de Enfermagem - Universidade Autônoma de Tamaulipas - Campus Tampico  
(834) 31 8 17 00 Ext. 3380

Representação OPAS  
(52) (55) 5980-0880

### Panamá

Representação OPAS  
(507)262-0030 / (507)262-4052 (Fax)

## AMÉRICA DO SUL

### Argentina

Instituto Superior de Tecnicaturas para a Saúde - Ministério da Saúde da Cidade Autônoma de Buenos Aires  
(54) 11 4807 3341 / (54) 11 4807 0428

Direção de Capacitação Profissional e Técnica e Investigação - Governo da Cidade de Buenos Aires  
(54) 11 48073341

Direção Nacional de Capital Humano e Saúde Ocupacional - Subsecretaria de Políticas, Regulação e Fiscalização - Ministério de Saúde da Nação  
(54) 11 43799184 / (54) 11 43799185

Direção Provincial de Capacitação para a Saúde - Ministério da Saúde da Província de Buenos Aires  
0221 483 8858 / 0221 421 0709

Associação de Instrumentadores Boanerenses  
aib@netverk.com.ar

Associação Argentina de Técnicos em Medicina Nuclear  
54 1 4863-4449 / 54 1 4865-9774 (Fax)

Revista TecnoSalud  
54 (011) 4794-8216

Representação OPAS  
(54-11) 4319-4242 / (54-11) 4319-4201 (Fax)

### Bolívia

Escola Nacional de Saúde - La Paz  
(591-2) 2444225 / (591-2) 2440540

Escola Técnica de Saúde Boliviano-Japonesa de Cooperação Andina  
(591-4) 4257501 / (591-4) 4233750 (Fax)

Escola Técnica de Saúde do Chaco Boliviano "Tekove Katu"  
(591) 3 952 2147 / (591) 3 954 6074 (Fax)

Unidade de Recursos Humanos - Ministério da Saúde e dos Esportes  
(591-2) 248 6654 / (591-2) 2481406

Representação OPAS  
(591-2) 2412465 / (591-2) 2412598

### Brasil

Rede de Escolas Técnicas do SUS  
(61) 3315.3394 / (61) 3315.2974

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
(55) 38659797

Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - Ministério da Saúde  
(61) 3315.2303 / (61) 3315-2425

Representação OPAS  
55 61 3426 9595 / 55 61 3426 9591

### Chile

Divisão de Gestão e Desenvolvimento das Pessoas - Ministério da Saúde  
(56 2) 5740345 / (56 2) 5740608

Representação OPAS  
(56-2) 4374600 / (56-2) 2649311 (Fax)

### Colômbia

Associação para o Ensino de Técnicas Dentais  
57 1 310 29 71 / 57 1 313 08 73

Centro de Estudos de Administração de Saúde  
(57-1) 284-4777 / (57-1) 284-5810

Faculdade de Odontologia - Universidade de Antioquia  
(57-4) 2196718

Fundação Universitária de San Gil (UniSanGil)  
(57) (07) 7245757 / (57) (07) 7246565

Fundação Universitária da Área Andina  
(57-1) 2497249 / (57-1) 2100330 Ext: 104

Serviço Nacional de Aprendizagem (Sena)  
(57- 1) 5461500 Ext. 12011

Direção Geral de Análise e Política de Recursos Humanos - Ministério da Proteção Social  
(57-1) 3305000 / (57-1) 3305050

Representação OPAS  
(011-57-1) 314-4141

### Equador

Representação OPAS  
(593 2) 2460330

### Paraguai

Centro Educativo Superior em Saúde (CES Ypacarai) - Faculdade em Ciências da Saúde  
(595) 513 432029 / (595) 513 432009

Instituto Nacional de Saúde  
(595 21) 294 482 / (595 21) 283 798

Instituto Técnico Superior do Saber  
(595 21) 583647

Direção de Institutos Técnicos Superiores - Ministério de Educação e Cultura  
(595 21) 498 716

Direção Nacional de Recursos Humanos em Saúde - Ministério de Saúde Pública e Bem-estar Social  
(595) 21 - 204601

Representação OPAS  
(011-595-21) 450-495

### Peru

Direção Geral de Gestão do Desenvolvimento de Recursos Humanos - Ministerio da Saúde  
(51-1) 333-2899 / (51-1)623-0000

Representação OPAS  
(511) 319 5700 / (511) 437 8289 (Fax)

### Uruguai

Escola de Tecnologias Médicas - Universidade da República  
(00598-2) 487 1323

Direção Geral de Saúde - Ministério de Saúde Pública  
(598-2) 400 1002 / (598-2) 4097800

Representação OPAS  
(5982) 707-3590 / (5982) 707-3530

## EUROPA

### Portugal

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa  
(351) 218 980 400 / (351) 218 980 460 (Fax)

Direção Geral da Saúde - Ministério da Saúde  
(351) 218 430-500 / (351) 218 430 530 (Fax)

## ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)

Departamento de Recursos Humanos em Saúde  
41 22 791 2542 / 41 22 791 4747

## ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS)

Unidade de Desenvolvimento de Recursos Humanos  
(202) 974 3000 / (202) 974 3612

## ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE PARA A ÁFRICA (AFRO)

Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde  
(47 241) 39 416 / (47 241) 95 39 511 (Fax)