

Revista

RETS

Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde

Impresso
Especial

9912232122 DR/RJ

Fundação
Oswaldo Cruz

CORREIOS

CURRÍCULO

Uma breve
visão sobre as
teorias críticas

RHS

Nova medição das
Metas Regionais
em 23 países



Saúde comunitária:
Chubut (Argentina) inova na formação técnica e
constrói campo interdisciplinar de saberes

SUMÁRIO

2

ENTREVISTA

Paulo César de Castro Ribeiro, diretor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), fala 3ª Reunião Geral da RETS

6

TEMAS EM DISCUSSÃO

Educação de técnicos em saúde: uma atenção especial aos currículos (parte 2)

8

CAPA

Formação de técnicos em saúde comunitária: é possível mudar e fazer diferença

14

TRABALHO TÉCNICO EM SAÚDE

O técnico em citopatologia como agente de promoção da saúde

16

RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Metas regionais de RHS: apesar dos avanços, ainda há muito por fazer

20

NOTÍCIAS DA REDE

Apesar de estamos envolvidos nos preparativos finais para a 3ª Reunião Geral da RETS, que acontecerá nos dias 7 e 8 de novembro, em Recife (Pernambuco), no Brasil, nos sentimos muito felizes por publicar mais um número da Revista RETS. São muitas tarefas, desde envio de cartas-convites, reservas de hospedagens, finalização da programação, contatos com palestrantes e divulgação do encontro para os membros da Rede. O mais importante, contudo, é que não atrasamos a edição, que chega ao nosso website antes da 3ª Reunião.

Numa entrevista bastante elucidativa, o diretor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), atual sede da Secretaria Executiva da RETS, Paulo César de Castro Ribeiro, assinala a relevância da participação de todos os membros da Rede na Reunião Geral e destaca: “O trabalho em Rede apresenta algumas debilidades, tais como a fluidez e a fragilidade dos elos que mantêm unidos os seus membros. Superar essa dificuldade exige um trabalho muito intenso, uma vez que há uma tendência de dispersão e enfraquecimento da iniciativa ao longo do tempo”.

A matéria de capa traz, da província de Chubut (Argentina), uma experiência exitosa na área de formação em saúde comunitária. Ao lê-la, você vai conhecer o livro no qual a equipe técnico-pedagógica multidisciplinar registra vários aspectos do processo de profissionalização dos agentes de saúde na província.

Dando continuidade à série de textos sobre os currículos na educação dos técnicos em saúde, apresentamos, nesta edição, algumas das teorias críticas que orientam

as discussões nessa área. Mas o assunto não se esgota aí. Na próxima edição, a ideia é discutir algumas das chamadas teorias pós-críticas dos currículos.

Por fim, destacamos uma matéria sobre os resultados da 2ª medição das Metas Regionais de Recursos Humanos em Saúde, tema que ganha importância diante da realização, também no mês de novembro (10 a 13), em Recife, do 3º Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde. De acordo com os dados divulgados pelo Observatório Regional de RHS, os dados da medição atual, finalizada em apenas nove países, revelam que houve alguns avanços na questão dos recursos humanos, mas que ainda é cedo para comemorar. Muito ainda há para ser feito e o tempo parece ser cada vez mais escasso para a superação dos desafios propostos.

Boa leitura!

Secretaria Executiva da RETS

EXPEDIENTE

Ano 4 – Nº 17 – jul./ago./set. 2013
A Revista RETS é uma publicação trimestral editada pela Secretaria Executiva da Rede Internacional de Educação de Técnicos Saúde.
E-mail: rets@epsjv.fiocruz.br

CONSELHO EDITORIAL

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

REVISTA RETS

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

Simone Selles (estagiária de jornalismo)
Marcelo Paixão (designer)
Zé Luiz Fonseca (designer)
Maycon Gomes (designer e imagens)

TRADUÇÃO

Atelier das Letras (Juana Portugal)

TIRAGEM

2.500 exemplares

IMPRESSÃO

J. Sholna

SECRETARIA EXECUTIVA DA RETS

Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio
Paulo César de Castro Ribeiro (diretor)

COORDENAÇÃO DE COOPERAÇÃO

INTERNACIONAL

Grácia Maria de Miranda Gondim
(coordenadora)

Ana Beatriz de Noronha
Elisandra Galvão
Kelly Robert
Simone Selles

ENDEREÇO

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

APOIO

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

Paulo César de Castro Ribeiro

“A RETS só pode continuar a existir se todos os seus membros assumirem um compromisso formal nesse sentido”

Por Ana Beatriz de Noronha



Paulo César, ou Paulão, como é carinhosamente chamado por todos, foi aluno da Escola, onde se formou, em 1990, como técnico em Administração Hospitalar (atualmente Gerência em Serviços de Saúde), tornando-se servidor da Fiocruz em 1996. Em 2007, se graduou em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), onde atualmente está concluindo o mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana (PPFH).

De 2003 a 2011 integrou a Diretoria do Sindicato de Trabalhadores da Fiocruz, do qual foi presidente de 2009 a 2011. Na EPSJV/Fiocruz, assumiu a coordenação do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde (Labgestão), em 2012, até ser eleito diretor, em maio deste ano.

Nessa edição, a Revista traz para seus leitores a palavra de **Paulo César de Castro Ribeiro**, atual diretor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), que é a sede da Secretaria Executiva da Rede desde 2005. O objetivo dessa entrevista é abordar algumas questões e iniciar discussões que certamente farão parte da pauta da 3ª Reunião Geral, a ser realizada nos dias 7 e 8 de novembro, em Recife, no Nordeste do Brasil.

Quatro anos depois da 2ª Reunião Geral, no Rio de Janeiro, a EPSJV/Fiocruz, em seu papel de Secretaria Executiva da RETS, convoca todos os membros da Rede para mais um encontro, que dessa vez será realizado em Recife. Na sua avaliação qual a relevância desses encontros presenciais?

Em primeiro lugar, eu queria lembrar que assumi a direção da EPSJV/Fiocruz há muito pouco tempo e que o meu conhecimento sobre a RETS vem de acompanhar as discussões sobre o tema na escola e,

“Sediar a Secretaria Executiva representa um reconhecimento do trabalho feito pela Escola na área de formação de técnicos em saúde, mas também traz uma grande responsabilidade para nós.”

principalmente, pelas recentes conversas com a equipe que faz no seu dia a dia a gestão da Rede. Sediar a Secretaria Executiva representa um reconhecimento do trabalho que é feito pela EPSJV/Fiocruz na área de formação de técnicos em saúde, mas também traz uma grande responsabilidade para nós.

Quanto à pergunta, propriamente dita, vale ressaltar que as redes, por definição, só se estabelecem por meio da comunicação entre seus membros. É o contato entre eles que possibilita a troca de informações e, em algumas ocasiões, o trabalho conjunto. A RETS reúne membros de vários países e a comunicação entre eles e deles com a Secretaria Executiva ocorre geralmente por meio da internet ou por telefone. Esse tipo de comunicação é importante, se considerarmos os aspectos meramente operacionais, mas ela não tem a riqueza do contato pessoal, da discussão presencial.

Essas reuniões, que infelizmente não podem ocorrer com mais frequência, são fundamentais para formar novos laços entre as pessoas e reforçar aqueles que já existem. No encontro pessoal, é possível trocar ideias de uma forma mais calorosa. É muito bom quando podemos conhecer pessoalmente aquelas pessoas com as quais nos relacionamos apenas por telefone ou e-mail. Isso tende a fortalecer a Rede como uma estratégia de cooperação entre as instituições envolvidas.

O objetivo da 2ª Reunião Geral da RETS foi levantar discussões sobre a consolidação da atenção primária na formação dos trabalhadores técnicos em saúde. Dessa vez, de acordo com o material de divulgação, a Reunião tem como tema central a própria Rede, como espaço de produção de conhecimento e como estratégia de trabalho. Qual a razão da escolha desse tema?

Acho que para responder a essa pergunta é preciso resgatar um pouco da história da Rede.

A RETS foi criada em 1996, após a realização, em 16 países das Américas, de um estudo multicêntrico sobre a formação

dos **técnicos em saúde**. Esse estudo, coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), mostrou uma situação ruim, um cenário negativo e bastante preocupante para todos aqueles que, já naquela época, entendiam a importância do elemento humano nos sistemas de saúde.

Incentivados pela Opas, os países que estavam presentes, numa reunião realizada no México para discutir os resultados da pesquisa, resolveram criar a Rede, cuja Secretaria Executiva foi entregue a Universidade da Costa Rica. Após cinco anos de trabalho, a RETS foi desativada.

Em 2004/2005, a Escola Politécnica se torna um Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde e a Opas solicita que a Escola assuma a Secretaria Executiva e trabalhe, com o seu apoio, para a reativação da Rede que, em sua segunda fase, passa a incluir também instituições da África de língua portuguesa e de Portugal.

Nesse momento, e com muito esforço da EPSJV/Fiocruz, há um crescimento da Rede e um fortalecimento do trabalho conjunto. Posteriormente é proposta, tanto no âmbito do Conselho Sul-Americano de Saúde (Unasul-Saúde) quanto na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), a criação de uma rede de Escolas Técnicas de Saúde e órgãos de governo que tratem do tema. Em 2009, na 2ª Reunião Geral da RETS, são criadas a RETS-Unasul e a RETS-CPLP, que passam a funcionar como sub-redes da RETS.

O caso é que, por sua própria natureza, o trabalho em Rede apresenta algumas debilidades, tais como a fluidez e a fragilidade dos elos que mantêm unidos os seus nós. Superar essa dificuldade exige um trabalho muito intenso, uma vez que há uma tendência de dispersão e enfraquecimento da iniciativa ao longo do tempo. Isso ocorre por várias razões, independente do esfor-

No âmbito da RETS, 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 por agentes comunitários de saúde e auxiliares, até as de natureza mais complexa, executadas por técnicos de nível superior.

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

ço que a EPSJV/Fiocruz, como Secretaria executiva, faça para manter a iniciativa.

A que tipo de problemas você se refere?

Bom, acho que o principal deles tem a ver com a baixa institucionalização das redes e com a mobilidade das pessoas nas instituições. Cada vez que há mudanças na estrutura e nos quadros dos governos, das escolas, das associações profissionais e mesmo da Opas, há uma ruptura dos elos existentes e nós temos que recomeçar do zero. Isso é um trabalho que não tem fim e que é muito desgastante. O pessoal que lida diretamente com a Rede tem um exemplo que é paradigmático. Uma vez foram necessários mais de três meses para que um processo de ingresso de um Ministério sul-americano na RETS fosse finalizado. Na semana seguinte, por

“As redes, por definição, só se estabelecem por meio da comunicação. É o contato entre seus membros que possibilita a troca de informações e, em algumas ocasiões, o trabalho conjunto.”

“Sediar a Secretaria Executiva representa um reconhecimento do trabalho feito pela Escola na área de formação de técnicos em saúde, mas também traz uma grande responsabilidade para nós.”

principalmente, pelas recentes conversas com a equipe que faz no seu dia a dia a gestão da Rede. Sediar a Secretaria Executiva representa um reconhecimento do trabalho que é feito pela EPSJV/Fiocruz na área de formação de técnicos em saúde, mas também traz uma grande responsabilidade para nós.

Quanto à pergunta, propriamente dita, vale ressaltar que as redes, por definição, só se estabelecem por meio da comunicação entre seus membros. É o contato entre eles que possibilita a troca de informações e, em algumas ocasiões, o trabalho conjunto. A RETS reúne membros de vários países e a comunicação entre eles e deles com a Secretaria Executiva ocorre geralmente por meio da internet ou por telefone. Esse tipo de comunicação é importante, se considerarmos os aspectos meramente operacionais, mas ela não tem a riqueza do contato pessoal, da discussão presencial.

Essas reuniões, que infelizmente não podem ocorrer com mais frequência, são fundamentais para formar novos laços entre as pessoas e reforçar aqueles que já existem. No encontro pessoal, é possível trocar ideias de uma forma mais calorosa. É muito bom quando podemos conhecer pessoalmente aquelas pessoas com as quais nos relacionamos apenas por telefone ou e-mail. Isso tende a fortalecer a Rede como uma estratégia de cooperação entre as instituições envolvidas.

O objetivo da 2ª Reunião Geral da RETS foi levantar discussões sobre a consolidação da atenção primária na formação dos trabalhadores técnicos em saúde. Dessa vez, de acordo com o material de divulgação, a Reunião tem como tema central a própria Rede, como espaço de produção de conhecimento e como estratégia de trabalho. Qual a razão da escolha desse tema?

Acho que para responder a essa pergunta é preciso resgatar um pouco da história da Rede.

A RETS foi criada em 1996, após a realização, em 16 países das Américas, de um estudo multicêntrico sobre a formação

dos **técnicos em saúde**. Esse estudo, coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), mostrou uma situação ruim, um cenário negativo e bastante preocupante para todos aqueles que, já naquela época, entendiam a importância do elemento humano nos sistemas de saúde.

Incentivados pela Opas, os países que estavam presentes, numa reunião realizada no México para discutir os resultados da pesquisa, resolveram criar a Rede, cuja Secretaria Executiva foi entregue a Universidade da Costa Rica. Após cinco anos de trabalho, a RETS foi desativada.

Em 2004/2005, a Escola Politécnica se torna um Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde e a Opas solicita que a Escola assuma a Secretaria Executiva e trabalhe, com o seu apoio, para a reativação da Rede que, em sua segunda fase, passa a incluir também instituições da África de língua portuguesa e de Portugal.

Nesse momento, e com muito esforço da EPSJV/Fiocruz, há um crescimento da Rede e um fortalecimento do trabalho conjunto. Posteriormente é proposta, tanto no âmbito do Conselho Sul-Americano de Saúde (Unasul-Saúde) quanto na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), a criação de uma rede de Escolas Técnicas de Saúde e órgãos de governo que tratem do tema. Em 2009, na 2ª Reunião Geral da RETS, são criadas a RETS-Unasul e a RETS-CPLP, que passam a funcionar como sub-redes da RETS.

O caso é que, por sua própria natureza, o trabalho em Rede apresenta algumas debilidades, tais como a fluidez e a fragilidade dos elos que mantêm unidos os seus nós. Superar essa dificuldade exige um trabalho muito intenso, uma vez que há uma tendência de dispersão e enfraquecimento da iniciativa ao longo do tempo. Isso ocorre por várias razões, independente do esfor-

No âmbito da RETS, 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 por agentes comunitários de saúde e auxiliares, até as de natureza mais complexa, executadas por técnicos de nível superior.

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

ço que a EPSJV/Fiocruz, como Secretaria executiva, faça para manter a iniciativa.

A que tipo de problemas você se refere?

Bom, acho que o principal deles tem a ver com a baixa institucionalização das redes e com a mobilidade das pessoas nas instituições. Cada vez que há mudanças na estrutura e nos quadros dos governos, das escolas, das associações profissionais e mesmo da Opas, há uma ruptura dos elos existentes e nós temos que recomeçar do zero. Isso é um trabalho que não tem fim e que é muito desgastante. O pessoal que lida diretamente com a Rede tem um exemplo que é paradigmático. Uma vez foram necessários mais de três meses para que um processo de ingresso de um Ministério sul-americano na RETS fosse finalizado. Na semana seguinte, por

“As redes, por definição, só se estabelecem por meio da comunicação. É o contato entre seus membros que possibilita a troca de informações e, em algumas ocasiões, o trabalho conjunto.”

“Por serem presenciais, as Reuniões Gerais tendem a fortalecer a Rede como uma estratégia de cooperação entre as instituições envolvidas.”

conta de eleições e, conseqüentemente, de mudanças na estrutura de governo, novas autoridades foram nomeadas e aqueles três meses de trabalho se perderam.

Se isso acontecesse apenas com um membro ou outro, acho que teríamos condições de vencer esse desafio, mas não é assim. Isso ocorre o tempo todo e, por mais que tenhamos uma equipe que trabalha com dedicação exclusiva para a RETS e suas sub-redes, não conseguimos dar conta de todas as mudanças que acontecem e sobre as quais nem sempre tomamos conhecimento.

Outra questão delicada é que a formação e o trabalho dos técnicos em saúde recebe uma atenção bastante variada dos países que integram a Rede. Alguns dão maior importância ao tema, e isso nos favorece. Em outros, no entanto, essa área ainda não está estabelecida ou fica relegada a um segundo plano, o que dificulta muito o nosso trabalho.

Você pensa que a Reunião resolverá esse problema?

Não é questão de resolver o problema. A ideia é fazer com que todos reflitam um pouco sobre a Rede e sobre a sua própria responsabilidade acerca da iniciativa. Hoje, a RETS está passando por um momento de alta fragilidade, apesar de ter uma revista trimestral e um website e de estar representada em vários fóruns reais e virtuais. Essa fragilidade reduz muito o potencial da Rede como uma estratégia de cooperação e traz a todos uma certa frustração.

O que nós esperamos é que essa reunião possa decidir inclusive sobre a viabilidade da iniciativa, pois se não houver um compromisso maior das pessoas e das instituições, o trabalho perde seu sentido. Hoje, a Opas, que incentivou a criação e, posteriormente, a reativação da RETS está bastante afastada do trabalho e isso é um problema sério para nós. Também é preciso que os países membros da Unasul e da CPLP, que sugeriram e aprovaram a criação das sub-redes, nos deem mais apoio na institucionalização dos processos. Ou seja, cada um precisa fazer a sua parte e eu acho que é isso que temos que debater nessa reunião.

A EPSJV/Fiocruz vem tentando manter a iniciativa e isso não é fácil. Nós temos, no âmbito da Coordenação de Cooperação Internacional, exercida por Grácia Gondim, uma equipe de três pessoas inteiramente voltada para a RETS, fora muitos outros trabalhadores, da área administrativa, de comunicação e de TI, que dedicam um tempo grande do seu trabalho para a Rede. Isso, juntamente com a impressão da revista e o trabalho contínuo de tradução, entre outras coisas, representa um gasto muito grande para a Escola e para o Ministério da Saúde do Brasil que provê os recursos que necessitamos. Nós fazemos isso porque acreditamos na Rede como uma importante ferramenta para a melhoria da formação dos trabalhadores técnicos da área da saúde e, mais do que isso, porque acreditamos que isso é fundamental para o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde. A questão é que não podemos fazer isso de forma isolada, sem a colaboração dos demais membros. Como disse antes, a RETS só pode continuar a existir se todos os seus membros assumirem um compromisso formal nesse sentido.

Não adianta aprovar um plano de trabalho na Reunião e não levar isso para suas instituições ou não discutir o assunto internamente. Nós temos uma ferramenta incrível nas mãos, mas precisamos decidir o que vamos fazer com ela.

“O trabalho em Rede apresenta algumas debilidades, tais como a fluidez e a fragilidade dos elos que mantêm unidos os seus membros. Superar essa dificuldade exige um trabalho muito intenso, uma vez que há uma tendência de dispersão e enfraquecimento da iniciativa ao longo do tempo.”

Como são estabelecidos os Planos de Trabalho da Rede e de suas sub-redes?

Bem, o Plano de Trabalho da Rets-CPLP é elaborado com base nas diretrizes estabelecidas pelo Plano Estratégico de Cooperação em Saúde, assinado pelos países em 2009 e que ainda está em vigor. No caso da RETS-Unasul, nós nos baseamos no Plano Quinquenal traçado pelo organismo. Isso é fundamental, uma vez que as redes não existem por existir, elas são estratégias de trabalho capazes de potencializar, por meio da troca e do trabalho colaborativo, o conhecimento produzido por cada um de seus membros, em busca de um objetivo maior.

No caso da RETS, o plano de trabalho é definido de acordo com os seus objetivos regimentais.

O que a EPSJV/Fiocruz, como Secretaria Executiva RETS está propondo para esses planos de trabalho?

Na verdade, nós apenas traçamos uma proposta a ser apresentada e discutida por todos os membros presentes no encontro. Essa discussão horizontal é uma característica do trabalho em rede. Não dá para impor nada a ninguém. Além disso, uma das pautas da reunião é a definição da instituição que sediará a Secretaria Executiva da RETS e de suas sub-redes nos próximos anos.

A nossa ideia, no entanto, é propor um plano de trabalho simples e factível. Nós acreditamos que a Rede deve concentrar suas forças em projetos que retomem seu objetivo central e original, que é funcionar como espaço de produção e disseminação de conhecimento na área da formação e do trabalho dos técnicos em saúde.

Fora isso, insistiremos na necessidade de aprimorar o sistema de comunicação da rede a fim de ampliar a troca de informação entre os membros e com o público em geral, por meio do nosso website, da revista e das redes sociais. A comunicação, no entanto, não pode ser

“A formação e o trabalho dos técnicos em saúde recebe uma atenção bastante variada nos países. Alguns dão maior importância ao tema. Em outros, no entanto, essa área ainda não está estabelecida ou fica relegada a um segundo plano, o que dificulta muito o nosso trabalho.”

um fim em si mesmo. Ela deve estar a serviço dos interesses da Rede, divulgando o que os parceiros fazem e publicam, trazendo temas de interesse para a discussão de todos e disseminando dados e conhecimentos capazes de enriquecer nosso trabalho e fomentar as ações de cooperação técnica no âmbito da Rede e entre os membros que tenham questões em comum.

Em sua opinião, de que forma a rede vem contribuindo para dar visibilidade ao trabalho dos técnicos em saúde?

Tradicionalmente, no mundo inteiro, há uma certa desvalorização do trabalho técnico, que reflete uma concepção ultrapassada que vê o fazer e o pensar de forma separada e com diferentes graus de importância. Nós defendemos e lutamos pela consolidação de uma visão mais integrada do técnico como um trabalhador que faz, mas que também pensa sobre o seu trabalho e sobre o sistema em que está inserido, propondo as mudanças necessárias. É essa a discussão que procuramos trazer para a sociedade. Que tipo de técnico devemos formar para que os sistemas de saúde sejam mais eficazes e eficientes, mas, primordialmente, atendam as necessidades do conjunto da população?

Em que medida isso pode influenciar os formuladores de políticas públicas para os setores da saúde, do trabalho e da educação?

Apesar de o famoso Relatório Mundial sobre Recursos Humanos, publicado pela OMS, em 2006, reafirmar a importância desses trabalhadores, que representam a maioria da força de trabalho para o setor, as atenções ainda estão voltadas principalmente para a formação de médicos e enfermeiros.

A Rede consegue levar a voz dos técnicos em saúde, independente do seu grau de formação – superior, médio ou elementar, dependendo dos países – para alguns espaços institucionais e fóruns de discussão importantes. Nem sempre o resultado do nosso esforço pode ser visto imediatamente, mas continuamos lutando incansavelmente para que as autoridades e, em algumas ocasiões os próprios trabalhadores técnicos da saúde, compreendam melhor o seu papel.

“Nós acreditamos na Rede como uma importante ferramenta para a melhoria da formação dos trabalhadores técnicos da área da saúde e, mais do que isso, para o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde”

Você já falou sobre os propósitos da reunião de novembro, mas o que você diria sobre a programação da reunião e sobre os resultados esperados?

Bem, a ideia é começar o encontro no dia 7, com uma palestra seguida de debate. Para isso já confirmamos a presença do ex-presidente e atual coordenador do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz, Paulo Buss, que participou diretamente da criação da RETS-CPLP e da RETS-Unasul. No mesmo dia, na parte da tarde, serão duas atividades. Num primeiro momento, uma breve prestação de contas da Secretaria Executiva e o lançamento do novo website da Rede. A seguir, uma mesa-redonda, para a qual já confirmamos a presença da Mónica Padilla, da Opas/OMS, que discutirá os principais problemas que estamos enfrentando, na expectativa de nos ajudar a traçar algumas estratégias de enfrentamento desses problemas.

No dia 8, teremos, na parte da manhã, as reuniões específicas de cada sub-rede (RETS-Unasul e RETS-CPLP). À tarde, na plenária final, será discutido o plano de trabalho da RETS e realizada a eleição da nova sede da Secretaria Executiva da Rede para os próximos quatro anos,

“No mundo inteiro, há uma certa desvalorização do trabalho técnico, que reflete uma concepção ultrapassada que vê o fazer e o pensar de forma separada e com diferentes graus de importância. Nós defendemos e lutamos por uma visão mais integrada do técnico como um trabalhador que faz, mas que também pensa sobre o seu trabalho e sobre o sistema em que está inserido, propondo as mudanças necessárias”

entre os membros que se candidatarem. Outro ponto de pauta será a discussão sobre uma atualização do regimento da RETS e de suas sub-redes, que funcionam de forma semelhante, mas que têm algumas especificidades. No caso da RETS, isso é necessário porque algumas coisas mudaram desde que a Rede foi criada e precisamos de um regimento que reflita a realidade atual de trabalho. No caso das sub-redes, a ideia é tentar harmonizar o que elas têm em comum, respeitando suas diferenças.

Quanto aos resultados, nossa expectativa é encerrar o encontro com os planos de trabalho aprovados e com as mudanças de regimento já definidas. Além disso, estamos pensando na possibilidade de redigir um documento em defesa da melhoria da formação dos técnicos em saúde a ser entregue aos organizadores do 3º Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde, que também ocorrerá em Recife, de 10 a 13 de novembro. Pela primeira vez, a RETS estará oficialmente representada no Fórum, o que, para nós, é uma importante vitória. ■

Educação de técnicos em saúde: uma atenção especial aos currículos (parte 2)

Por Ana Beatriz de Noronha

Com o objetivo de fomentar a reflexão sobre a questão dos currículos na educação dos técnicos em saúde, a Revista RETS iniciou, em sua edição anterior, a publicação de uma série de matérias sobre esse tema. A proposta tem como base a **dissertação de mestrado** de Carlos Eduardo Batistella, professor e pesquisador da EPSJV/Fiocruz, que, apesar de ter como objeto específico de pesquisa a formação dos técnicos da área de vigilância em saúde no Brasil, acaba tratando de aspectos bastante universais sobre esse assunto.

As teorias tradicionais do currículo

Conforme mencionado na edição passada, os currículos só se tornaram objeto de estudos e pesquisas a partir do final do Século 20, nos Estados Unidos, em decorrência dos processos de racionalização, sistematização e controle da escola e do próprio currículo.

Como explica Batistella, o ciclo de industrialização ocorrido após a Guerra de Secessão ou Guerra Civil Americana (1861 a 1865) resultou num aumento significativo de trabalhadores nas fábricas e em processos de produção mais complexos, que demandavam uma força de trabalho mais qualificada. Aliadas às mudanças de ordem econômica, as grandes transformações sociais e culturais que ocorreram naquele momento também acabaram por estabelecer um novo papel para as escolas, responsáveis por formar cidadãos adequados e adaptados ao novo modelo de sociedade que surgia. Nesse contexto, os currículos passam a ser vistos como uma valiosa ferramenta para o controle social.

“Esse projeto de homogeneização, representado pela institucionalização da educação de massas, marca o movimento de ajuste da escola às novas necessidades da economia capitalista”, afirma o pesquisador da EPSJV, lembrando que a necessidade de ordenar e racionalizar os processos de ensino, a fim de aumentar sua eficiência, levou vários educadores a considerarem o currículo como objeto de investigação e de intervenção.

Segundo Batistella, duas correntes distintas de pensamento começaram a se consolidar no início do século 20, ambas construídas como reação ao currículo clássico humanista: a progressista e pragmática, de John Dewey e William Heard Kilpatrick, e a tecnocrática e eficientista, de John Franklin Bobbitt. Na primeira, que buscava aproximar o currículo dos interesses e da experiência dos alunos, a escola deveria ser discutida como espaço de vivência de princípios democráticos e as ideias deveriam servir para resolver problemas reais. Na segunda, como resume o autor da dissertação, “o sistema educacional deveria se tornar eficiente como qualquer outra empresa econômica, incorporando os mesmos princípios da administração científica que já vinham sendo empregados na indústria: definir precisamente os resultados que se pretendia obter, os métodos e insumos para seu desenvolvimento e os instrumentos de mensuração para avaliar se foram alcançados”.

De acordo com Batistella, nas chamadas teorias tradicionais, as grandes discussões não são sobre a finalidade e os conteúdos dos currículos, mas sim sobre a forma

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. *Tensões na constituição de identidades profissionais a partir do currículo: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), 2009. Disponível em: www.arca.fiocruz.br.

como devem ser montados para que os objetivos estabelecidos sejam alcançados. Nesse sentido, a questão curricular assume uma feição técnica de organização e planejamento, tendo por base a didática e os processos de avaliação.

“Esse modelo se consolida ainda mais com Ralph Winfred Tyler, que, no livro ‘Princípios básicos de currículo e ensino’, publicado em 1949, afirma que a organização e o desenvolvimento curricular devem responder a quatro questões básicas: que objetivos a escola pretende atingir? Que experiências podem ajudar a alcançá-los? Como organizar de modo eficiente estas experiências? E como avaliar se foram alcançados?”, complementa Batistella.

A dita concepção tradicional do currículo ganha vários desdobramentos, especialmente entre pesquisadores ingleses e norte-americanos, que se mantém até os anos 1970, quando o tecnicismo retoma os princípios utilitaristas e de eficiência social do início do século. Tal movimento, que representa uma resposta conservadora aos protestos da década de 1960, enfatiza a organização sistemática dos saberes e das atividades necessárias ao aumento da produtividade e ao desempenho considerado satisfatório.

Uma visão crítica dos currículos

No período de 1960, o panorama sociocultural mundial começa a sofrer mudanças radicais. Num cenário de reivindicações pela ampliação dos direitos civis e da liberdade política e sexual e de grandes questionamentos sobre o modo de vida e os valores do capitalismo, a escola passa a ser alvo de profundas críticas devido a sua incapacidade de promover a ascensão social e por seu caráter opressivo e tradicional.

Nesse contexto, de acordo com Batistella, diferentes estudos sobre educação começam a apresentar uma perspectiva crítica, cujo ponto comum é a preocupação com as determinações e as implicações do currículo. O que anteriormente era visto apenas como um instrumento passa a ser considerado uma ‘arena política’ para a qual convergem três eixos fundamentais: ideologia, cultura e poder.

Para enfatizar as diferenças entre as teorias tradicionais e as teorias críticas do currículo, ele recorre a Tomaz Tadeu da Silva que, em seu livro ‘Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo’, publicado em 1999, afirma que enquanto as teorias tradicionais eram de aceitação, ajuste e adaptação, as teorias críticas são de desconfiança, questionamento e transformação radical. Segundo o autor, o importante para as teorias críticas não é desenvolver técnicas de como fazer o currículo, mas construir conceitos que permitam compreender o que o currículo faz.

Batistella cita ainda alguns sociólogos franceses que, embora não tenham desenvolvido uma teoria sobre o currículo propriamente dita, deram importantes contribuições conceituais e metodológicas para o fortalecimento dessa perspectiva crítica: Louis Althusser (‘A ideologia e os aparelhos ideológicos de Estado’), Pierre Bourdieu e Jean-Claude Passeron (‘A reprodução’) e Roger Establet e Christian Baudelot (‘A escola capitalista na França’).

“Os estudos desses autores indicavam a existência de hierarquias e dualidades na escola capitalista, aportando os conceitos de ideologia, classe social e reprodução para compreender os mecanismos de dominação”, explica Batistella, lembrando que alguns outros autores também foram importantes para estabelecer conexões entre a produção econômica e a

“A educação, portanto, é um processo de viver e não uma preparação para a vida futura.”

*John Dewey**

**‘My pedagogic creed’, The School Journal, Volume LIV, Number 3 (January 16, 1897), pages 77-80*

educação, como os americanos Samuel Bowles e Herbert Gintis, autores da ‘teoria da correspondência’. Na Inglaterra, Batistella destaca Michael Young e Basil Bernstein, os mais ilustres representantes da ‘Nova Sociologia da Educação’ (NSE), primeira corrente sociológica voltada para o estudo do currículo.

Para Batistella, a ideia tradicional e burocrática do currículo, concebido como uma atividade meramente técnica e administrativa, vai sendo pouco a pouco combatida por diferentes autores e o currículo passa a ser visto como um local onde são produzidos significados sociais.

Nos Estados Unidos, a partir de 1973, quando foi realizada uma conferência sobre currículo na Universidade de Rochester, Nova York, duas vertentes críticas de estudos curriculares foram estabelecidas: na Universidade de Ohio, a corrente humanista, cujo autor principal é William Pinar; nas Universidades de Wisconsin e Columbia, as correntes neomarxistas de Michael Apple e de Henry Giroux. Para os humanistas, os estudos de orientação fenomenológica e hermenêutica buscam enfatizar os significados subjetivos que as pessoas dão às suas experiências pedagógicas e curriculares. No caso dos neomarxistas, a ênfase está no papel que as estruturas políticas e econômicas na reprodução social.

Para Apple, por exemplo, a questão central está relacionada à seleção dos conteúdos que compõem o currículo, num processo que reflete os interesses das classes e grupos dominantes, ou seja, de quais conhecimentos passam a ser legitimados pela escola.

“Para o autor, esse processo não se dá através de uma simples e direta determinação econômica. A reprodução social depende de dispositivos de convencimento e legitimação”, afirma Batistella, que também destaca o conceito de ‘currículo oculto’, como outra importante contribuição das teorias críticas. O currículo oculto é aquele que engloba todos os aspectos do ambiente escolar que não fazem parte do currículo oficial, mas que contribuem, de forma implícita, para aprendizagens sociais relevantes.

Três décadas de discussões relevantes para a educação

No livro ‘Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução’, publicado em 2005, Antonio Flávio Moreira considera a existência de quatro fases distintas na teorização crítica do currículo. Na primeira, de 1970 ao início de 1980, os estudos, que inicialmente apresentam uma feição mais subjetiva, vão sendo superados por análises que investigam o papel do currículo na reprodução das desigualdades sociais.

A segunda fase, que atravessa a década de 1980 pode ser, segundo Moreira, caracterizada pela valorização da categoria resistência e por estudos que analisam o papel desempenhado pelo Estado na legitimação do capitalismo.

Na terceira fase, que se inicia no final dos anos de 1980, começam a ser publicados trabalhos que substituem a linguagem crítica pela linguagem da possibilidade, introduzindo novas categorias, como os estudos de raça e gênero no currículo, e atribuindo aos professores um papel transformador.

Por fim, na virada da década de 1990, tem início a quarta e última fase, na qual, diante de novas influências e questões trazidas pelos estudos pós-estruturalistas e pelo multiculturalismo, começa a ser estabelecido um diálogo entre as abordagens neomarxistas e pós-críticas. Nesse período, as pesquisas buscam analisar as relações entre a cultura e o currículo, na tentativa de compreender as relações entre currículo, poder e identidade social.

As teorias pós-críticas do currículo, que emergem nesse período serão abordadas na próxima edição da Revista RETS. Até lá! ■





Fotos: Equipe técnico-pedagógica da Proposta de Profissionalização de TCST

Integração e troca de experiências nas atividades

Formação de técnicos em saúde comunitária: é possível mudar e fazer diferença

Por Elisandra Galvão

No início dos anos 2000, Chubut, uma das 23 províncias da Argentina, tinha cerca de 400 mil habitantes, dos quais 92% estavam concentrados nos centros urbanos e os demais, em locais com menos de três mil moradores, ou em populações dispersas. Quase 40% dos habitantes da província estavam abaixo dos níveis de pobreza, com necessidades básicas insatisfeitas (NBI), e cerca de 15% deles encontravam-se abaixo da linha da indigência. Da população total, 40% não tinham acesso à assistência social e nem a plano de saúde privado. Na área de educação, o índice dos que não tinham curso primário ou secundário chegava a 22%.

Esse foi o cenário socioeconômico encontrado pelos profissionais de várias áreas que, em 2004, aceitaram o desafio de, em conjunto, desenvolverem um novo modelo de saúde que garantisse uma cobertura efetiva e que respondesse com equidade e eficiência as necessidades da população daquela região. A experiência marcante desses profissionais começou com um convite da Secretaria de Saúde de Chubut para que eles trabalhassem na formação e profissionalização dos agentes de saúde, de forma a impulsionar reformas voltadas para o estabelecimento de uma estratégia de atenção primária da saúde, a oferta do primeiro nível de atenção e sua articulação com outros níveis.

Maria Andrea Dakessian e Gladys Skoumal, da equipe técnico-pedagógica da Proposta de Profissionalização dos Trabalhadores Comunitários de Saúde em Terreno 2005-2011, se integraram ao projeto naquele ano, atendendo ao convite da então diretora provincial de Prevenção e Promoção da Saúde, Elsa Marzoa. Elas iniciaram o trabalho de formação de equipe tendo como eixo uma proposta de profissionalização dos então chamados agentes de saúde e que hoje são denominados 'trabalhadores comunitários de saúde em terreno (TCST)'. A troca de nome, segundo elas, marcou o

começo de uma mudança e sua especificidade dentro da equipe de saúde.

Até ter uma proposta efetiva de profissionalização houve várias ações desenvolvidas. Algumas estavam orientadas para o fortalecimento das capacitações profissionais dos TCST, com base em propostas educativas formalizadas de nível e modalidade distintos, e outras destinadas ao fortalecimento da estrutura do sistema. Como equipe, Andrea e Gladys, participaram de um processo de trabalho e discussão sobre as concepções de saúde, educação, sujeitos, assistência, comunidade, ética profissional, construção coletiva e interdisciplinaridade.

O projeto, que acabou resultando na publicação do livro 'Saúde Comunitária. A construção de um campo interdisciplinar. Aproximações a partir da formação de técnicos em saúde', se justificava, entre outras coisas, pelas mudanças no quadro local de saúde que o trabalho desses técnicos pode trazer. Para Elsa, como contam no livro

Andrea e Gladys, não havia dúvidas de que o trabalhador de saúde em terreno favorece a construção, junto com a população, do conhecimento sobre como se produz o processo saúde-doença nos grupos sociais, o que acontece com os indivíduos de uma população quando, onde e sobre quais são os fatores de proteção com os quais conta a comunidade assim como os fatores de risco a que está exposta e que, portanto, é possível gerar processos de transformação na comunidade e no sistema de saúde a partir do intercâmbio de conhecimentos entre eles, favorecendo ainda o desenvolvimento do autocuidado e autogestão por parte dos setores comunitários. Segundo elas, a diretora afirmava que o trabalhador de saúde cumpre um rol fundamental no desenvolvimento de uma epidemiologia e de um sistema de informação que possam dar conta das necessidades da população e de seus problemas de saúde para a correta tomada de decisões.

De acordo com Andrea e Gladys, desde o início do trabalho, o que se propunha era uma mudança quanto ao perfil dos trabalhadores em relação à renovação do sistema de saúde e a compreensão das necessidades da população e o lugar dos profissionais nessa relação. Como elas explicam no livro, várias ações foram de-

envolvidas para compor uma proposta de profissionalização efetiva, algumas voltadas para o fortalecimento das capacidades profissionais dos TCST, a partir de propostas educativas formalizadas por meio de distintos níveis e modalidades, outras destinadas a tornar mais forte a estrutura do sistema. Elas também enfatizam o papel protagonista dos TCST na organização do trabalho em terreno. Sobre a formação proposta, elas destacam quatro grandes componentes: um curso de capacitação obrigatório com material educativo, ações de articulação para a conclusão educativa, curso de supervisão intermediário e o acesso ao nível superior através do Curso de Técnico em Saúde Comunitária.

“Conceitos como saúde, educação, atores, assistência, comunidade, ética profissional, construção coletiva e interdisciplinaridade, referências para estrutura curricular da formação técnica proposta, passaram a integrar a prática do ensino em diferentes espaços e estão nas reflexões sobre o próprio processo de ensino-aprendizagem compartilhado por professores e estudantes, numa tarefa criativa e comprometida”, contam orgulhosas Andrea e Gladys. Para elas, o olhar amplo e o respeito formam parte da tarefa que os agentes de saúde desenvolvem, num compromisso com a estratégia de atenção primária da saúde e com a atualização de conhecimentos, habilidades e práticas nas distintas temáticas que dão fundamento ao trabalho cotidiano.

Ao reunir e sistematizar a experiência realizada em Chubut, o livro, lançado em junho de 2013, pode servir de referência para o desenvolvimento de outros projetos similares, na própria Argentina e outros países, cujo objetivo seja a priorização e o investimento na formação técnica de agentes de saúde.

Investir na formação dos agentes sanitários: uma escolha acertada

Convidado para escrever a apresentação do livro, o pediatra e sanitarista Mario Rovere, que já exerceu funções gestoras em diversos níveis de organização do sistema argentino de saúde e foi consultor regional da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) para o desenvolvimento de recursos humanos em saúde, aproveitou a ocasião para resgatar um pouco da história dos trabalhadores de saúde comunitária no país.

Segundo ele, que atualmente trabalha na organização do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Nacional de Matanza (UNLaM), há mais de 50 anos, a Argentina vem desenvolvendo programas que têm como protagonistas os agentes sanitários, sem os quais não se pode explicar melhoras nos indicadores de saúde e qualidade de vida em muitas partes do país que não têm acesso aos benefícios do desenvolvimento econômico e em ocasiões da chegada de outras ações da esfera pública.



Arte e cultura como recurso educativo em teatro de bonecos.



‘Salud Comunitaria: La construcción de un campo interdisciplinar. Aproximaciones desde la formación de Técnicos en Salud’ - Série Sociedade/Saúde da Editora Universitária da Patagonia, junho 2013. Disponível em: bit.ly/18pSRxz



Profissionais durante atividade em terreno

Os agentes comunitários de saúde têm como especificidade o fato de serem trabalhadores do sistema de saúde e, ao mesmo tempo, membros de suas próprias comunidades. Ainda que, sua formação inicial seja de apenas 400 horas, se forem acrescentadas as horas referentes ao desenvolvimento de atividades supervisionadas de capacitação em campo e os cursos pré-ronda, o tempo total de formação desses agentes muitas vezes acaba superando o tempo de formação de outras categorias profissionais com mais reconhecimento na área da saúde, sem levar em consideração a importância desses trabalhadores. “Os agentes de saúde se constituem com frequência no único pessoal que trabalha com critério preventivo promocional, especialmente no nosso país, onde a maioria das outras profissões está centrada em atividades assistenciais e preventivas”, observa o especialista.

Entre os problemas enfrentados pelos agentes, ele cita as contratações transitórias e os contratos de trabalho precários. Para Rovere, as inquietudes na carreira profissional tendem a levar os agentes sanitários para outras formações na saúde e muitos acabam se tornando auxiliares de enfermagem, sem que isso represente um caminho de aperfeiçoamento e capitalização de sua experiência profissional. Por essa razão, ele acredita que toda iniciativa de aprimoramento da formação e do trabalho dos agentes deve ser comemorada. “Quando, nos últimos anos, algumas províncias começaram a conceber uma carreira de trabalhadores comunitários, seguindo o caminho iniciado em outros países em sua formação de técnicos, devemos nos alegrar e entusiasmar, por estarmos realizando um ato de justiça, de reparação e de enorme repercussão para a saúde de nossos povos”, enfatiza.

“Há 50 anos, nos rincões mais afastados e esquecidos de nosso país, os agentes sanitários bateram em portas, vacinaram, pesaram, mediram e tabularam a antropometria (mensuração do corpo humano e suas partes) de centenas de milhares de crianças, detectaram precocemente enfermidades preocupantes, realizaram tratamentos supervisionados de patologias perigosas, orientaram grávidas, promoveram o desenvolvimento de hortas, ajudaram a tratar a água, a enterrar ou queimar o lixo, a construir latrinas, a educar e acompanhar os que necessitam de atenção”, afirma Rovere, ressaltando que são os registros feitos pelos agentes de saúde que orientam os programas de saúde. “Os agentes se constituem na mão entendida dos serviços de saúde, chegando a lugares aonde antes ninguém havia chegado. Em qualquer lugar em que uma família possa se estabelecer, um agente de saúde poderá chegar”, garante.

Rovere lembra que a tarefa assumida pelo pessoal de Chubut que envolve o desenvolvimento de uma carreira de formação mais extensa, sem que se perca seu sentido prático e programático não é nada simples já que geralmente a frequência dos conteúdos, a bibliografia, o desenho das experiências de aprendizagem podem levar a uma tendência academicista que se deve evitar, sem, no entanto, inibir o desenvolvimento de processos de formação de valores, de leituras teóricas de respaldo e nem de impor limites à curiosidade, ao interesse e a capacidade de questionamento dos alunos, mas sim de que isso tudo seja feito com o objetivo maior de dar respostas às necessidades da população.

Um livro, múltiplos convites

Um livro e múltiplos convites para socializar experiências no campo da formação técnica. Essa é a perspectiva da publicação ‘Saúde Comunitária: a construção de um campo interdisciplinar. Aproximações a partir da formação de técnicos em saúde’. O livro reúne seis artigos assinados por Susana Muñoz, Claudia Coiçaud, Beatriz Escudero, Verónica Turra, Elizabeth Guglielmino y Mario Morón, pesquisadores de áreas diversas que abordam a proposta de implementação da carreira dos técnicos e propõem pensar a saúde numa perspectiva interdisciplinar, enfatizando o papel da comunidade nos processos para reflexão sobre a saúde integral.

No livro, que recupera a experiência de implementação do Curso Técnico Superior em Gestão em Saúde Comunitária, uma experiência de formação do Instituto Superior Docente N° 807, iniciada em 2009 e fruto de um convênio entre os Ministérios da Saúde e da Educação da província de Chubut (Argentina), os autores convidam os leitores para construir um olhar interdisciplinar no campo da saúde.

Documento apresentado na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. O texto traz orientações para o desenvolvimento do plano ‘Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes’ e representa uma resposta às crescentes expectativas no sentido de se conseguir um novo movimento de saúde pública no nível mundial. Disponível em: www.mpba.mp.br/atuacao/cidada-nia/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf (português)

“Pensar a saúde de uma perspectiva comunitária é mais do que uma proposta, é uma necessidade”, observa o jornalista, professor e pesquisador em comunicação Washington Uranga, responsável pelo prólogo do livro. Para ele, esse deveria ser o eixo em torno do qual deve ser organizada a política de saúde pública, pois a saúde é uma realidade atravessada por múltiplos fatores que requerem uma abordagem inter e transdisciplinar. Uranga recorda a **Carta de Ottawa**, que define a saúde como o processo que fortalece a capacidade das pessoas de melhorarem sua saúde por meio do aumento do controle sobre os determinantes de saúde, e argumenta que, quando se fala em saúde comunitária, estão inclusos a promoção e o incentivo de conhecimentos, capacidades e habilidades presentes e atuantes nos indivíduos, e também seus contextos sociais e culturais, de forma a potencializar o desenvolvimento do sujeito que vive em comunidade.

Segundo Uranga, que também preside o Instituto Latino-Americano de Comunicação para o Desenvolvimento (ILCDF), as experiências e ações narradas pelos autores no livro servem de referência para as práticas de saúde comunitária e também para se repensar o papel da comunicação. “O entendimento da saúde deve ser como uma chave cultural que é também comunicacional”, defende. Por conta disso, não se pode reduzir a comunicação a uma questão de meios e nem os seus fins podem ser unicamente a manipulação e a persuasão. A comunicação, de acordo com o pesquisador, é uma parte essencial dos processos de construção da trama cultural que definem a identidade

de uma comunidade e as formas de vida dos sujeitos que a compõem.

Uranga enfatiza que a promoção de hábitos saudáveis não pode ser o resultado de campanhas publicitárias, mas a consequência lógica da apropriação de outro sentido voltado para a qualidade de vida e para a saúde por parte dos cidadãos. Ele observa que um dos convites que o livro traz é à não dissociação, ou seja, a entender a saúde e o comunitário como aspectos do mesmo componente: a qualidade de vida. “A saúde é um direito e, portanto, a responsabilidade de uma vida saudável não pode ser somente individual, nem estar sujeita a nenhuma condição. Tem de ser garantida pela sociedade-comunidade como parte do compromisso ético com a pessoa, sujeito de direitos”.

Desafios coletivos e possibilidades profissionais

Uma das proposições do livro é que os desafios coletivos apresentados devam ser observados numa perspectiva crítica para que sua apropriação possa enriquecer as próprias práticas com muitas abordagens sistematizadas. O foco é voltado para a profissão de técnicos superiores em saúde comunitária sob o prisma da vivência e experiência dos respectivos autores nos seis artigos.

A contextualização histórica sobre a experiência e as possibilidades da profissão, criada recentemente, é feita por Cláudia Coicaud, uma das professoras do Curso Técnico Superior em Gestão em Saúde Comunitária, estabelecido em 2009, na cidade de Comodoro Rivadavia. No texto ‘De profissão técnico superior em Gestão em Saúde Comunitária: uma experiência de formação’, ela lembra que o curso atende principalmente trabalhadores do sistema público da região Sudoeste de Chubut que atuavam no Hospital Regional de Comodoro Rivadavia, Sarmiento, Rio Mayo e Alto Rio Senguer, todos vinculados ao primeiro nível de atenção.

Segundo ela, a política de formação de recursos humanos em atenção primária de saúde sofreu discontinuidades ao longo do tempo, enquanto o contexto de aprofundamento das desigualdades sociais dos anos 1990 expôs a situação da saúde precária de ampla maioria e colocou em discussão a saúde da população tanto no cenário internacional como local.



Alguns alunos do curso de formação estavam integrados ao sistema de saúde, outros não.

Sobre a proposta de formação Técnica Superior em Gestão em Saúde Comunitária, ela cita dois antecedentes fundamentais. O primeiro é de que os Trabalhadores Comunitários de Saúde em Terreno (TCST) devem participar de forma ativa na promoção de práticas saudáveis que favoreçam a busca participativa e coletiva da equidade nas condições de vida e saúde das pessoas, a partir de tecnologias sanitárias que possibilitem o desenvolvimento de novas capacidades construídas nas diferentes populações, tendo em vista que isso aumenta a troca de conhecimentos entre a comunidade e o sistema de saúde, gerando importantes processos transformativos. O segundo é de que, no momento de criação do programa de formação, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento Provincial de Capacitação, se propõe a completar, desenvolver ou aperfeiçoar a formação dos profissionais, desenvolvendo capacidades específicas para o trabalho na assistência, prevenção de doenças e promoção da saúde da população através da atenção primária, como estava previsto do documento do Programa de Formação Básica em Saúde Pública da Secretaria de Saúde para o biênio 2008-2009.

De acordo com Cláudia, essas definições serviram de base para as discussões, que ela aprofunda no decorrer do artigo, acerca das relações entre teoria e prática, da formação, atualização e capacitação em serviço, do conhecimento, da participação social, bem como de um modelo de gestão institucional no campo da saúde pública e da própria profissão do trabalhador comunitário em saúde.

Quanto à prática profissional, ela deve ser estruturada ao longo de três anos de formação e de uma avaliação anual, a partir da análise do papel profissional,

da definição da unidade de análise, do diagnóstico dos problemas de saúde, do desenho de um plano de ação e do desenvolvimento desse plano. Cláudia esclarece que o programa de formação específica superior remete à vinculação com o território, o que permite estabelecer relações socioculturais dos destinatários de uma prática de saúde e, em paralelo, constituir o nexo entre equipe de saúde e a comunidade para realizar investigações comunitárias e projetos em serviços de saúde.

Após abordar a ideia de continuidade que a nova formação traz e sobre o desafio de se construir uma profissão, Cláudia conclui seu texto, ressaltando a função política dos sistemas e dos trabalhadores da saúde. “Em um contexto excludente, em tempo de destruição dos pertencimentos coletivos, a saúde pública segue constituindo um espaço onde é possível exercer e reivindicar direitos”.

Saúde integral e projetos de educação

No artigo ‘Saúde integral e fortalecimento comunitário na formação do Técnico Superior em Gestão da Saúde Comunitária’, a médica Susana Muñoz busca ajudar a sistematizar essa experiência inovadora, a partir de uma revisão dos projetos de Educação para Saúde (EPS) e da Investigação-Ação Participativa (IAP) de dois grupos de estudantes do Curso Superior em Saúde Comunitária, em diferentes etapas de sua formação.

Na análise dos projetos, desenvolvida na perspectiva da saúde comunitária e da educação para a saúde, os principais eixos considerados foram: assistencialismo/fortalecimento da comunidade, inte-



Agentes de saúde realizam trabalho com jovens de Chubut.

gralidade das propostas e interpretação dos contextos locais no marco do paradigma ecológico-sistêmico, incluindo as perspectivas comunitárias.

O resultado mostrou que no grupo de alunos que já trabalhavam no sistema de saúde havia um pouco mais de dificuldade de ler o contexto local e aplicar as informações obtidas. Nesse grupo a incorporação de ferramentas e guias de trabalho para IAP facilitou a incorporação de componentes dialógicos aos projetos, a caracterização das comunidades, o mapeio de atores sociais a identificação das percepções e perspectivas dos grupos sociais envolvidos. O grupo evoluiu progressivamente para propostas mais dialógicas e mais integrais, incorporando gradativamente as perspectivas das comunidades e os fatores que favorecem os processos de fortalecimento pessoal e comunitário.

No segundo grupo, formado por alunos ainda não integrados ao sistema, e com menos tempo de curso, foi percebida uma visão mais crítica com relação às práticas da saúde e a prática pessoal dos próprios alunos. Também foram percebidas produções mais orientadas à integralidade, a assistência e fortalecimento, em lugar do assistencialismo, e a recuperação da perspectiva das comunidades.

Para Suzana, ainda há muitas questões a serem respondidas sobre como os educadores podem fortalecer o processo de construção dinâmica do perfil desses técnicos que desempenham o duplo papel de intérprete e mediador, como dizia o ativista político e sanitaria Edmundo Granda: “intérprete das maneiras como

os atores individuais e sociais, em seus viver diário, constroem seus saberes, desenvolvem as ações relacionadas com a promoção de sua saúde e cuidam de suas enfermidades; e mediador estratégico com os poderes científico, político e econômico para apoiar a elevação dos níveis de saúde e vida”, sem adotar uma posição de superioridade e autoritarismo, mas sem abandonar o papel de educador e pesquisador em saúde.



Comunicação em saúde

Pensar a comunicação em saúde como espaço interdisciplinar é o objetivo da professora da Universidade Nacional da Patagônia San Juan Bosco, Beatriz Escudero, no artigo ‘Comunicação/Saúde: Uma experiência pedagógica em Saúde Comunitária’.

Apoiada em uma base teórico-metodológica, ela apresenta uma experiência pedagógica no âmbito da Comunicação em Saúde. Beatriz também trata da cartografia social como uma metodologia capaz de gerar processos de intervenção a partir do planejamento na promoção da saúde, busca analisar a perspectiva comunicacional adotada nesses casos e faz algumas reflexões a partir da sistematização de trabalhos e produções dos primeiros alunos do Curso Superior de Saúde Comunitária.

No segundo ano do curso são ministradas as matérias de Teorias da Comunicação e Comunicação, nas quais, segundo Beatriz busca se recuperar uma longa história no campo da Comunicação Social, com aportes da educação popular, da medicina social e da comunicação alternativa, entre outros. O objetivo é conformar um poderoso núcleo teórico-metodológico para se pensar as práticas de intervenção comunitária com um olhar comunicacional.

É essa base conceitual que os alunos levarão para poder refletir sobre a questão comunicacional em diversas etapas de sua prática de campo, pensando a produção de sentidos, a cartografia da comunidade etc. Para a professora, esse foco comunicacional nos processos de planejamento acaba pondo em destaque os protagonistas, seus territórios e as relações que surgem a partir da produção de novos sentidos. Nesse sentido, o trabalho pedagógico deve levar à geração de processos que levam as comunidades a sair do silêncio.

A autora acredita que a experiência registrada no livro pode contribuir para gerar processos de comunicação/educação nos quais seja possível colocar a prática teórica a serviço de processos de formação onde o lugar da escuta seja condição para recuperar a capacidade de conceder valor aos saberes sociais.

Diário de campo e registros em saúde

No texto ‘A importância do registro e a experiência documentada’, a estudante de Comunicação Social e estagiária nas cadeiras de comunicação do curso de 2010 a 2012, Verónica Turra, resalta a importância do diário de campo, dos dados e da produção de informação para a saúde comunitária.

Ela trata das ferramentas específicas do campo etnográfico e de seus usos profissionais para delimitar problemas, conhecer os cenários, a posição profissional, as relações com os grupos e informantes, suas linguagens e o fortalecimento da observação.

Verónica também destaca o “caderno de campo”, como um poderoso instrumento para o trabalho dos técnicos, no qual devem ser registradas todas as observações sobre o território e o contexto, de forma completa, precisa e detalhada. Por conta disso, diz, uma hora de observação pode gerar de quatro a seis horas dedicadas a anotações.



As anotações são feitas durante as visitas às comunidades.

Verónica lembra ainda a possibilidade de se utilizar dispositivos digitais, como gravadores de áudio, câmera fotográfica ou câmera de vídeo, quando isso permite captar mais detalhes. Ao longo do texto, a estudante ainda resalta inúmeros procedimentos práticos importantes para quem realiza o mapeamento de um território.

Deficiência e identidade

Com o título ‘Deficiência e Saúde. Leituras e dilemas em discussão’, o artigo de Elizabeth Guglielmino, professora das Universidades Nacionais da Patagônia San Juan Bosco e da Patagônia Austral, faz referências a discussões atuais no campo da saúde comunitária, além propor a superação de posturas biologicistas focadas nos transtornos da saúde e em seus portadores, concepções que naturalizaram a associação deficiência/doença, deixando de considerar as pessoas como seres integrais, que se constituem entre diferenças humanas e culturais. Seu objetivo é abrir uma discussão sobre as diversas perspectivas de se pensar a saúde e a deficiência, destacando o lugar da saúde comunitária, no marco de um trabalho interdisciplinar centrado na pessoa, na família e na comunidade.

Para tanto, ela acredita que é necessário fazer do trabalho comunitário em saúde um espaço de abertura e de reconstrução do coletivo, onde são postos em jogo os laços sociais, a necessidade de estabelecer e construir redes, a pluralidade de vozes, e a importância de desnaturalizar condições de vida excludentes, para assumir, de forma corresponsável, um trabalho que requer uma abordagem interdisciplinar numa perspectiva da saúde integral.



Essa mudança, segundo Elizabeth, representa um desafio para se pensar as práticas profissionais e para intervir nos processos de formação que considerem uma perspectiva genealógica e crítica sobre essa temática, levando os alunos a compreenderem os processos sócio-históricos que impactam a vida dos sujeitos, mas também de sua família e de sua comunidade.

As origens da ética

O livro termina com o ensaio ‘Desenvolvimento com ética e liberdade. Uma subjetividade possível’, do médico Mario Morón, que articula as origens da ética, relacionando-a com mitos, arquétipos e bases biológicas da consciência, com o objetivo de promover uma reflexão acerca de alguns aspectos das éticas que estão inseridas nas dinâmicas do viver atual.

Dentre outras coisas, Morón revisa as éticas do capitalismo, do neoliberalismo e as necessidades éticas atuais, e destaca o fato de que atualmente estamos começando a compreender o mundo não apenas como o lugar onde habitamos, mas como um sistema do qual fazemos parte e que nos inclui.

Ele lembra que como seres relacionais, os humanos estão envoltos por redes carregadas de sentidos e significados, valores e questões éticas. Esperançosamente, segundo ele, hoje, estão surgindo, em grande velocidade, redes cooperativas que emergem em movimentos sociais de grande peso político. Os indignados na Europa, os ocupantes de Wall Street, os estudantes chilenos e outros que se transformam em exemplos apaixonantes do poder cidadão das redes, que pedem por equidade, justiça e uma ética de governo. ■

O técnico em citopatologia como agente de promoção da saúde

Por Simone Selles

Em maio deste ano, a Escola Superior de Tecnologia em Saúde de Lisboa (ESTeSL) realizou, com a participação de docentes e alunos do curso de licenciatura em Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica (APCT), uma importante ação de promoção da saúde voltada para cerca de 30 estudantes da Escola Secundária José Gomes Ferreira, também em Lisboa.

Por meio da palestra **Vírus do Papiloma Humano (HPV) e câncer do colo do útero: relação, risco e prevenção**, os voluntários da ESTeSL, buscaram informar os adolescentes sobre o HPV e sua incidência e prevalência, bem como sobre a mortalidade associada ao câncer de colo do útero. Além disso, deram explicações sobre as formas de contágio, reforçando a importância da prevenção de infecção pelo vírus. Por fim, mostraram como é feito o diagnóstico laboratorial do HPV em citologia ginecológica e patologia molecular.

A integração social no processo ensino-aprendizagem

Essa atividade não é uma iniciativa isolada. Ela está inserida num grande projeto de integração social que a ESTeSL desenvolve e que reúne várias ações de intervenção comunitária, desde rastreios cardiovasculares e respiratórios até encontros de sensibilização sobre alimentação saudável, sempre com objetivo de conscientizar a população e estimular uma atitude que favoreça a prevenção das enfermidades e a promoção da saúde. O curso de licenciatura em APCT, por exemplo, realiza ações de divulgação sobre câncer de colo de útero/HPV, tabagismo, alcoolismo, câncer de colo-retal, entre outros.

Para o diretor e professor do curso, Amadeu Ferro, que participou como voluntário no trabalho realizado na Escola Secundária José Gomes Ferreira, o fato de as ações serem programadas de acordo com seu público-alvo, em geral jovens de 12 a 18 anos, traz resultados bastante positivos. “Um ponto determinante dessas atividades é que utilizamos uma forma interativa e divertida para convidarmos os jovens a intervir junto aos seus familiares e amigos, divulgando informações importantes por meio, inclusive, de um folheto preparado por nós especialmente para esse propósito”, explica, ressaltando: “Essa responsabilidade faz com que os jovens assumam uma postura mais ativa e estejam mais atentos às questões de saúde”.

Na avaliação de Ferro, a palestra foi muito bem recebida pelos alunos que se mostraram muito interessados e fizeram várias intervenções ao longo do encontro. “Alguns deles mostraram que tinham conhecimento prévio sobre o assunto, mas as informações, geralmente recebidas de amigos com poucos fundamentos científico-tecnológicos, nem sempre eram completas ou atualizadas”, comenta.

O professor também destaca o fato de a intervenção em saúde começar sempre com a prevenção, e a importância de os técnicos da área estarem envolvidos nessas atividades. “No final das ações sempre pensamos que, se com nossas palavras conseguirmos evitar que, pelo menos, uma criança daquele grupo não venha a ser infetada pelo HPV e não desenvolva um câncer por conta disso, teremos obtido uma vitória na luta contra a doença”, observa.

Esta não foi a primeira ação contra o câncer de colo de útero realizada pelo núcleo de APCT da ESTeSL. Em janeiro houve um evento destinado a 150 estudantes do Colégio Campo de Flores, no Monte da Caparica. Em setembro e outubro também haverá um novo ciclo de ações voltadas para associação de jovens e projetos de integração de grupos carentes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer do colo do útero é o segundo tipo mais comum entre as mulheres, perdendo apenas para o câncer de mama. Anualmente, são cerca de 500 mil novos casos, e 250 mil mortes no mundo todo, sendo que quase 80% dos casos ocorrem em países de baixa renda.

A infecção causada pelo papilovírus humano (HPV), responsável por 95% dos casos, é a principal causa desse tipo de câncer.

Há mais de 100 tipos de HPV, mas são poucos os que causam a doença. Na maioria dos casos, o vírus costuma regredir espontaneamente, ou seja, a evolução para o câncer é rara. Como esse câncer demora a se desenvolver e as células alteradas que levam à doença podem ser facilmente reconhecidas no exame preventivo, conhecido como Papanicolaou.

Além do exame, já existe uma vacina contra o HPV, que deve ser aplicada em quem ainda não iniciou a vida sexual e não teve contato com o vírus.

De acordo com a OMS, em 2012, 41 países já ofereciam a vacina em suas redes de saúde, com o público-alvo variado. Na França, por exemplo, são vacinadas meninas de 14 anos; na Inglaterra, de 12 e 13; e, nos Estados Unidos, de 11 e 12. No Brasil, que adotou o procedimento recentemente, a meta é vacinar ao menos 80% das 3,3 milhões de meninas de 10 e 11 anos. Em 74 países, no entanto, ainda não havia nem projeto de implantação do procedimento.

A eficácia da vacina tem sido comprovada por diversos estudos, embora ainda não tenha sido possível avaliar os resultados a longo prazo de forma de controle.

Muito além dos laboratórios

Independente do grau de formação – nível médio no Brasil ou nível superior, nos demais – e dos diferentes títulos que recebem – técnico em anatomia patológica, técnico em citopatologia ou técnico em histologia, dependendo do país – o profissional nessa área deve ser capaz de elaborar laudos a partir da análise de amostras celulares de praticamente todo o corpo humano. Seu trabalho é fundamental para o diagnóstico de um grande número de doenças, inclusive do câncer.

Geralmente, e com pequenas variações de país para país, na descrição de suas funções, o destaque vai para o trabalho que eles realizam no âmbito dos laboratórios, sob supervisão profissional pertinente: executar ou prestar auxílio a atividades padronizadas de laboratório referentes aos exames micro e macroscópicos de avaliação de amostras de tecidos e células, utilizados no diagnóstico de tumores e lesões. Também cabe a esses trabalhadores operar e zelar pelo bom funcionamento do aparato tecnológico de laboratório de saúde.

Segundo a brasileira Simone Maia Evaristo, presidente da Associação Nacional de Citotecnologia e docente do curso de formação técnica em citopatologia que o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) realiza em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EP-SJV/Fiocruz), o trabalho desses técnicos é de grande importância para a cobertura e ampliação de oferta de exames citopatológicos. “No Brasil, por exemplo, eles constituem um grupo indispensável da força de trabalho em saúde, especialmente no segmento de prevenção e detecção do câncer. Seu papel nos serviços de saúde assume um caráter estratégico, tendo em vista a magnitude epidemiológica, econômica, social e política que a enfermidade alcança no país”, enfatiza Simone.

No entanto, não é apenas no interior dos laboratórios que os técnicos em citopatologia exercem tarefas fundamentais para

a saúde das pessoas. Eles também podem desempenhar, como mostra a experiência realizada pela ESTeSL, um papel social relevante, no que diz respeito à promoção da saúde e à prevenção de inúmeras patologias.

“Como trabalhadores que integram equipes multidisciplinares, sempre comprometidas com os diferentes aspectos da saúde, nós recebemos muitos convites para participar de palestras e eventos comunitários e escolares voltados para a promoção da saúde”, conta Simone. “Creio que as pessoas se identificam com o técnico pela linguagem mais acessível, o que acaba facilitando a comunicação”, justifica.

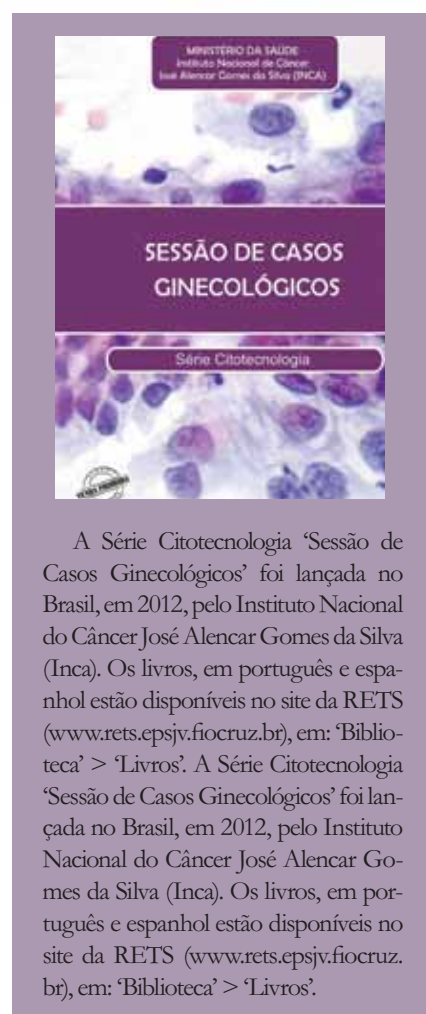
É preciso investir na formação

A relevância do trabalho do técnico em citopatologia não pode ser questionada e, certamente, iniciativas que servem para ampliar a visão desse trabalhador sobre o seu próprio exercício profissional são sempre bem vindas.

O processo formativo desses profissionais não deve ignorar nenhuma das funções que exercem. Sem se limitar apenas aos aspectos técnicos do trabalho, deve, no entanto, buscar superar as dificuldades que impedem o seu aprimoramento.

As dificuldades na formação do técnico em citopatologia começam no alto custo de implantação, por conta dos equipamentos necessários, e incluem, entre outras coisas, a falta de pessoal técnico qualificado para o ensino. “É necessário um microscópio para cada aluno no treinamento da acuidade visual e a contratação de monitores para o acompanhamento técnico, as turmas devem ser pequenas para uma boa qualidade do aprendizado e é imprescindível que o curso esteja agregado a um laboratório de qualidade que possa fornecer materiais diversificados para o treinamento”, detalha Simone.

Ela destaca ainda a carência de materiais didáticos que apresentem uma



visão prática e objetiva para o trabalho cotidiano desses técnicos como outra dificuldade a ser enfrentada.

“Para tentar minimizar o problema, eu resolvi organizar **um livro**, no qual estão reunidas experiências de prática clínica que podem auxiliar outros técnicos a utilizarem da melhor forma possível os critérios em laudos técnicos na área de citotecnologia”, complementa.

Segundo ela, a série, além de ser uma maneira de divulgar ‘no que’ e ‘como’ atuamos em nossa rotina, atravessou as fronteiras brasileiras, proporcionando a integração entre colegas de vários países. ■



Jovens assistem palestra sobre HPV.

Metas regionais de RHS: apesar dos avanços, ainda há muito por fazer

Por Elisandra Galvão

Insuficiência de profissionais de saúde em determinadas categorias e para atender setores da população, falta de relação entre a oferta e as necessidades dos sistemas de atenção, constante mobilidade de trabalhadores, condições precárias de trabalho, pouca motivação e baixa produtividade, ineficiência na destinação de recursos, desequilíbrios profundos na composição e distribuição da força de trabalho entre e no interior dos países. Esses são alguns dos problemas que caracterizam a crise que área de recursos humanos em saúde (RHS) vem enfrentando nas últimas décadas.

A partir de 1990, a Organização Pan-americana de Saúde (Opas/OMS), preocupada com tal radiografia, passou olhar com mais atenção esse setor e o impacto nos serviços de saúde dos entraves diagnosticados. Por conta disso, em 2005, começou a ser realizada uma consulta nas Américas, com o objetivo de identificar os cinco desafios críticos enfrentados pelos países. Os desafios se transformaram numa plataforma comum para um acordo regional – o **‘Chamado à ação de Toronto 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas’** –, cujo período final coincide com o dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, lançados pela Organização das Nações Unidas, no ano 2000.

O próximo passo foi dado na 27ª Conferência Sanitária Pan-americana (CSP), realizada em outubro de 2007, quando os países se comprometeram com 20 metas (ver Box) para recursos humanos em saúde 2007-2015, que correspondem aos cinco desafios críticos identificados no ‘Chamado à ação de Toronto’ e na Agenda de Saúde para as Américas. As metas representam o desejo e o compromisso renovado dos países para atuarem e trabalharem colaborativamente a fim traçarem planos e políticas de RHS centrados no desenvolvimento dos sistemas de saúde baseados na atenção primária (AP) e no fortalecimento das infraestruturas de saúde pública.

Os países também estabeleceram um roteiro para a avaliação dos RHS nos anos seguintes e para a definição de suas áreas prioritárias de desenvolvimento, apontando os planos estratégicos e o monitoramento de seus progressos,

a ser feito com base em indicadores consensuados pelos países e, com apoio técnico da Opas/OMS, quando necessário. O primeiro passo foi estabelecer uma linha de base para o início do processo, com uma medição inicial realizada pelos países entre 2009 e 2011. Foram estabelecidas ainda uma medição intermediária, prevista para 2013, e outra no final do período, em 2015.

Hora de medir os avanços

Este ano, foram realizados alguns eventos para apresentar os resultados da 2ª Medição das Metas Regionais de RHS. Em San Jose, na Costa Rica, de 29 a 31 de maio, ocorreu o 4º Encontro de Desenvolvimento de Recursos Humanos da América Central e República Dominicana, onde houve a apresentação do resultado da medição realizada nos países da sub-região, bem como apresentado e aprovado o Plano de Saúde da América Central e República Dominicana ajustado para 2013-2015. Durante o evento, do qual participaram representantes da Costa Rica, de El Salvador, da Guatemala, de Honduras, da Nicarágua, do Panamá e da República Dominicana, também foram discutidos temas importantes, como o da migração qualificada, da gestão de observatórios de RHS e da formação de capacidades nacionais para a gestão de políticas de RHS.

Em sua palestra durante o Encontro, o coordenador da Área de Recursos Humanos em Saúde da Opas-WDC, Charles Godue, afirmou que o que está em jogo nesse momen-

O documento registra as discussões feitas nos grupos de trabalho da 7ª Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, que ocorreu em Toronto (Canadá), em outubro de 2005. O objetivo do encontro, promovido pela Opas/OMS, foi mobilizar atores nacionais e internacionais do setor saúde, de outras áreas relevantes e da sociedade civil, para construir coletivamente políticas e intervenções para o desenvolvimento dos RHS, que apontassem para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), para as prioridades nacionais da saúde e para o acesso aos serviços de qualidade para todos os povos das Américas até 2015.

Os três princípios básicos que orientaram as discussões foram: (1) os recursos humanos são a base do sistema de saúde; (2) o trabalho em saúde é um serviço público e uma responsabilidade social; e (3) os trabalhadores de saúde são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde.

Desafios e metas para os recursos humanos em saúde

Desafios	Metas
Definir políticas e planos de longo prazo para a adequação da força de trabalho as mudanças previstas nos sistemas de saúde e desenvolver a capacidade institucional para pô-los em prática revisando-os periodicamente.	1. Todos os países da Região terão conseguido uma taxa de densidade de recursos humanos de 25 por 10.000 habitantes 2. As proporções regional e sub-regional de médicos encarregados de atenção básica à saúde será de mais de 40% do total da força de trabalho de médicos. 3. Todos os países devem formar equipes de atenção primária de saúde com uma ampla gama de competências que inclua agentes comunitários de saúde, extensão aos grupos vulneráveis e mobilização de redes da comunidade. 4. A razão das doenças qualificadas em relação aos médicos alcançará ao menos 1:1 em todos os países. 5. Todos os países da Região terão estabelecido uma unidade de recursos humanos para a saúde, para o desenvolvimento de políticas e planos de recursos humanos, definição de direções estratégicas e negociação com outros setores, outros níveis de governo e interessados diretos.
Colocar as pessoas adequadas nos devidos lugares, atingindo uma distribuição equitativa dos profissionais de saúde nas diferentes regiões e de acordo com diferentes necessidades de saúde da população.	6. A lacuna na distribuição de profissionais de saúde entre zonas urbanas e rurais deverá ser reduzida à metade em 2015. 7. Pelo menos 70% dos trabalhadores de atendimento básico à saúde terão competências interculturais e de saúde pública comprováveis. 8. 70% das doenças, as auxiliares de enfermagem, os técnicos de saúde e os agentes de saúde da comunidade aperfeiçoarão suas aptidões e competências a luz da complexidade de suas funções. 9. 30% do pessoal de saúde da atenção primária será recrutado em suas próprias comunidades.
Regular fluxos e migrações dos trabalhadores de saúde de forma a permitir garantia de atenção de saúde para toda a população.	10. Todos os países da Região terão adotado um código mundial de exercício profissional ou terão elaborado normas éticas para o recrutamento internacional de profissionais de saúde. 11. Todos os países da Região terão uma política de autosuficiência para satisfazer suas próprias necessidades de recursos humanos de saúde. 12. Todas as sub-regiões terão formulado acordos mútuos e implantado mecanismos para o reconhecimento dos profissionais capacitados no estrangeiro.
Gerar relações de trabalho entre trabalhadores e instituições de saúde que promovam ambientes de trabalho saudáveis e permitam compromissos com a missão institucional de garantia de bons serviços de saúde para toda a população.	13. A proporção de condições de emprego precárias e desprotegidas junto a provedores de serviços de saúde terá sido reduzida pela metade em todos os países. 14. 80% dos países da Região terão implantado políticas de saúde e segurança para os trabalhadores de saúde, incluindo o apoio a programas para reduzir as enfermidades e acidentes ocupacionais. 15. Ao menos 60% das gerências de serviços e programas de saúde reunirão requisitos específicos de competências para saúde pública e gestão, entre eles as de caráter ético. 16. 100% dos países da Região estabelecerão mecanismos e legislação eficazes de negociação para prevenir, mitigar ou resolver conflitos de trabalho e garantir a continuidade de serviços essenciais, se os conflitos ocorrerem.
Desenvolver mecanismos de interação entre as instituições formadoras (universidades, escolas) e os serviços de saúde que permitam adequar a formação dos trabalhadores de saúde para um modelo de atenção universal, equitativo e de qualidade que sirva as necessidades de saúde da população.	17. 80% das escolas de ciências clínicas da saúde terão reorientado suas atividades de educação para alinhar-se ao atendimento básico de saúde e às necessidades de saúde da comunidade, adotando estratégias de treinamento multidisciplinar. 18. 80% das escolas de ciência da saúde terão adotado programas específicos para atrair e formar estudantes de populações subatendidas, dando enfoque quando corresponder, nas comunidades ou populações. 19. As taxas de abandono (deserção) das escolas de medicina e enfermagem não passarão de 20%. 20. 70% das escolas de ciências de saúde e das escolas de saúde pública estarão acreditadas por uma entidade reconhecida.



to de convergência na construção de uma nova agenda de recursos humanos é manter a centralidade dos RHS na transformação dos sistemas e serviços de saúde; alinhar e fortalecer as sinergias entre as agendas global, regional e nacionais em RHS; e aprimorar os processos de gestão de mudanças para os planos de RHS que asseguram o direito efetivo à saúde.

Em julho, foi a vez de o Paraguai realizar sua Oficina de Medição de Metas em Recursos Humanos em Saúde, que em Assunção, com a presença de 36 participantes, incluindo membros da Direção Nacional Estratégica de Recursos Humanos em Saúde (DNERHS) e de outros setores do Ministério de Saúde Pública e Bem-estar Social (MSPBS), bem como especialistas da Opas e de diferentes instituições que integram o Observatório Nacional de Recursos Humanos em Saúde.

Segundo a diretora da DNERHS Guadalupe Rolón, em matéria publicada no website do Observatório Regional, os dados da medição permitem saber qual a situação na esfera nacional, fazer um comparativo com outros países da Região e estabelecer estratégias de planejamento para melhorar as condições dos recursos humanos em saúde no país. Ela acrescentou que os resultados preliminares trabalhados e consolidados na Oficina serão apresentados no Fórum Global de Recursos Humanos, que ocorrerá de 10 a 13 de novembro, em Recife (Brasil).

No encontro do Paraguai foram discutidos os antecedentes da primeira medição, feita em 2010, os avanços da segunda medição, a metodologia de análises dos dados, e os resultados e metas. Benjamim Puertas Donoso, assessor sub-regional de Recursos Humanos em Saúde para América do Sul (Opas/OMS), em sua apresentação na Oficina, lembrou que a metodologia de medição, que possibilitou estabelecer uma linha basal em 23 países, busca promover a cultura de monitoração e avaliação de políticas de RHS e fortalecer a capacidade de planejamento dos países e a qualidade de suas políticas públicas. “A medição identifica a situação de cada país em relação às 20 metas regionais. A segunda medição, realizada em duas fases (março/abril e maio/junho de 2013), busca contribuir com informações para estimar os avanços realizados e

identificar o que ainda está pendente e requer atenção, além de fortalecer tecnicamente a decisão política das autoridades nacionais”, explicou.

Sobre a metodologia de mediação Donoso informou que a mesma é similar nos países da região para os quais se aplicará instrumentos previamente desenvolvidos, considerando cenários, prioridades e intervenções em cada país. “O produto final da primeira fase foi o informe nacional de resultados da Medição das Metas Regionais em Recursos Humanos. Na segunda fase houve definição de metas prioritárias e identificação de programas, análise e validação do Informe de Análises”.

Correndo contra o tempo

Em setembro de 2012, quase cinco anos depois da adoção das Metas Regionais, o Informe 3 da 28ª CSP apresentava um relatório de progresso, com informações sobre os principais resultados da medição inicial, realizada em 23 países, identificando as áreas mais problemáticas e propondo recomendações para assegurar o cumprimento das metas propostas até 2015.

De acordo com o documento, apenas 12 dos 23 países conseguiram a densidade mínima recomendada pela OMS, ou seja, 25 profissionais da saúde – médicos, enfermeiras e parteiras – por 10.000 habitantes e apenas seis países informaram que mais de 40% do total da força de trabalho de médicos estava dedicado à atenção primária à saúde. Somente três países atingiram completamente a Meta 5, que se refere ao estabelecimento de uma unidade de RHS com plena capacidade para planejamento estratégico, gestão, monitoramento e avaliação.

Apesar da insuficiência, em muitos países, de dados adequados, a avaliação basal referente ao Desafio 2 – situar as pessoas adequadas nos lugares devidos –, mostrou que havia necessidade de uma ação imediata para garantir a universalidade do acesso à saúde na região. Nove países não alcançaram nem 50% do patamar estabelecido para o percentual dos trabalhadores de atendimento básico à saúde tenham competências interculturais e de saúde pública comprovadas.

Sobre o Desafio 3, o relatório afirmava que os países da Região ainda não haviam alcançado a autossuficiência para a eliminação de suas lacunas de RHS e atendimento das necessidades nacionais. Na maioria dos países, já havia algum tipo de regulação da migração através de acordos bilaterais e multilaterais de reconhecimento da certificação médica e a notificação cooperativa. Em 2012, no entanto, somente dois dos 23 países pesquisados – Barbados e Jamaica – já haviam adotado um código de conduta ética para a migração internacional de profissionais de saúde elaborado normas éticas para este tipo de recrutamento.

Quanto à promoção de ambientes de trabalho saudáveis e aos compromissos com a missão institucional de garantia de bons serviços de saúde de qualidade para toda a população (Desafio 4), a análise inicial revelou que muitos países já tinham mecanismos para a resolução de conflitos de trabalho. Poucos, no entanto, haviam regularizado a prática de contratos por escrito nem estabelecido diretrizes para a regularização de cargos, embora essa seja uma das práticas que, comprovadamente, reduzem as disputas no ambiente laboral.

A maioria dos países tinha alta proporção de contratos de trabalho desprotegidos e precários para os profissionais de saúde. Cinco deles não tinham estratégia alguma para regularização de contratos que oferecessem proteção social aos trabalhadores. Somente quatro

países atingiram plenamente a meta, o que significa que já haviam definido alguma para proteção dos trabalhadores com carteira assinada e regularização dos cargos precários. Por outro lado, dois terços dos países avaliados já haviam desenvolvidos mecanismos para resolução de conflitos e para assegurar a continuidade de atendimento à população durante disputas trabalhistas.

As questões relativas à formação adequada de trabalhadores da saúde, inseridas no Desafio 5 – desenvolver cooperação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde –, foram algumas das mais difíceis de avaliar, tendo em vista que a maioria dos ministérios da saúde dos países participantes não tinha autoridade sobre as instituições formadoras. Na época do relatório, apenas a Jamaica havia conseguido que ao menos 80% das escolas de ciências da saúde do país enfocassem a atenção primária à saúde e adotassem um modelo multidisciplinar de formação. Nos demais, o desempenho nessa meta foi muito baixo.

Apesar das diferenças entre os países, algumas questões foram consideradas indiscutíveis: a melhoria da capacidade de monitoramento e avaliação por parte dos ministérios e a necessidade de aperfeiçoar e ajustar as Metas Regionais às necessidades próprias de cada país.

Com base nos resultados apurados até aquele momento, a orientação da Opas/OMS era para que os países redobrassem os esforços e os investimentos no planejamento e aumento dos recursos humanos de saúde, considerados como um requisito essencial para o acesso universal a serviços de saúde de qualidade e para a implantação da estratégia de atenção primária à saúde. Além disso, foi solicitado aos países que eles trabalhassem pela distribuição equitativa dos funcionários da área da saúde, especificamente no que diz respeito ao seu recrutamento e retenção nas áreas subatendidas, rurais e indígenas, bem como implementassem sistemas de educação continuada e programas de capacitação em serviço para gestores de RHS e profis-

sionais da saúde, em associação com as instituições acadêmicas.

O fortalecimento dos Observatórios Nacionais de Recursos Humanos em Saúde, como estratégia de qualificação das informações sobre RHS, a fim de subsidiar a tomada de decisão e a formulação de políticas para setor, foi outra recomendação recebida pelos países.

Por fim, o documento cobrava dos países o compromisso de realização de segunda avaliação 20 Metas Regionais em 2013, enquanto reafirmava a disposição da Opas de apoiar os países nessa empreitada.

Apesar das recomendações e da aparente disposição dos países, até o dia 13 de setembro deste ano, segundo o Observatório Regional, apenas 11 países haviam realizado a segunda medição das 20 Metas Regionais. Dos quatro países do Cone Sul, Paraguai e Uruguai já finalizaram as duas medições previstas; na Argentina, o processo ainda está em andamento; e o Brasil, que só terminou sua medição inicial este ano, adiou a segunda medição para 2014.

Dos seis países andinos, Equador e Peru já encerraram a segunda medição. A Colômbia e o Chile ainda estão finalizando a medição. A Bolívia não iniciou essa etapa do processo e a Venezuela ainda não enviou os dados nem da primeira medição, ou seja, a da linha de base.

Da sub-região centro-americana, já estão tabulados os dados de Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá e República Dominicana. A Nicarágua ainda não finalizou a medição. Anquilla, Barbados, Dominica, Grenada, Jamaica, Monserrat, Santa Lúcia e Trinidad e Tobago, países que integram a Sub-região do Caribe, também não apresentaram dados referentes à nova medição.

Todos os países que já realizaram duas medições apresentaram avanços em vários aspectos avaliados, mas ainda há poucos dados para uma avaliação mais ampla e para uma análise geral dos resultados. Como 2015 está próximo e o cenário não é dos mais favoráveis, fica uma pergunta: será que realmente conseguiremos comemorar na linha de chegada? ■



Os resultados das medições estão disponíveis no site do Observatório Regional de Recursos Humanos em Saúde: www.observatoriorh.org

SENA (Colômbia): onde a estética e a saúde se encontram¹

Na Colômbia e no mundo inteiro, o câncer é a primeira causa de morte não violenta. A Agência Internacional para Pesquisas sobre o Câncer (Iarc, do inglês International Agency for Research on Cancer) estima que na Colômbia, durante 2008, houve mais de 55 mil novos casos de câncer, sendo que cerca de 30 mil (60% em mulheres e 40% em homens) se manifestaram em pessoas com menos de 65 anos.

A perda de cabelo resultante da quimioterapia pode se tornar um grande problema de perda de autoestima para as mulheres afetadas pelo câncer. Para aliviar esse trauma, muitas pacientes optam pelo uso de perucas, o que nem sempre é possível devido ao alto custo que esse adereço pode alcançar.

Pensando nessas mulheres, o programa Técnico em Cabelereiro do Centro de Formação de Talento Humano em Saúde, do Serviço Nacional de Aprendizagem (Sena) Bogotá deu início a um projeto especial, no qual é desenvolvido um procedimento cosmético-estético voltado para as mulheres que enfrentam o tratamento do câncer.

O projeto de formação está dirigido especificamente, ao programa 'Veja-se bem, sintase melhor' ('Luzca bien, siéntase mejor') da Câmara da Indústria Cosmética e de Asseio, da Associação Nacional de Empresários da Colômbia (Andi), cujo objetivo é ajudar as mulheres que tiveram sua autoestima afetada pelos tratamentos oncológicos. O programa, que já beneficiou mais de 20 mulheres, inclui uma campanha pela doação de cabelos.

Para Maria del Transito Salamanca, coordenadora acadêmica do Sena, essa aliança entre o Sena e a Andi busca proporcionar uma mudança de vida para essas pessoas, por meio dos processos de formação dos programas de formação técnica de cabelereiros e de estética e cuidado estético de mãos e pés. "Buscamos que os aprendizes, além de sua formação técnica, também assumam um compromisso com a responsabilidade social, justificou.

Roman Oswaldo Díaz Fajardo, instrutor líder de Técnico em Cabelereiro do Sena, destaca que com o projeto busca del SENA, ressalta que o projeto visa recuperar a autoestima das pacientes, a fim de melhorar sua qualidade de vida. "Fazendo uma peruca manualmente e menos cara, podemos gerar um impacto na vida das pacientes oncológicas, por outro lado, sensibilizamos os alunos sobre um problema de saúde, para que eles assumam atitudes de responsabilidade social", explicou. ■



A quimioterapia e a radioterapia, procedimentos utilizados no tratamento do câncer, provocam alopecia ou queda de cabelos.



Os alunos do curso Técnico de Cabelereiro cortam o cabelo dos doadores numa oficina do ambiente de aprendizagem. O cabelo doado deve ter de 20 a 30 cm.



As perucas são montadas em bases anatômicas para permitir perfeito ajuste à cabeça das pacientes



Cerca de 20 pacientes do programa 'Veja-se bem, sintase melhor' se beneficiam com este projeto.

RETS-CPLP: novos membros



CPLP

Em julho deste ano, além das três Escolas de Formação Técnica em Saúde (EFTS) de Angola que já eram membros da Rede – EFTS-Luanda; EFTS-Lubango e EFTS-Benguela –,

outras 12 foram cadastradas na Rede pelo Ministério da Saúde (Minsa): as EFTS de Bié, Cabinda, Caxito, Cunene, Huambo, Kuanza Norte, Kuanza Sul, Lunda Norte, Lunda Sul, Malange, Moxico e Uíge.

O Ministério da Saúde de Cabo Verde também passou a integrar a RETS, sendo representado pelo Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS), que é presidido pelo Dr. Artur Jorge Correia. Dentre as atribuições do Centro estão: a articulação entre o setor da saúde e os demais setores públicos e privados que participem do desenvolvimento sanitário; a promoção e execução de atividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC) para a saúde; e a promoção e organização de formação de recursos humanos para a saúde. ■



¹ Resumo da matéria enviada à Revista RETS pela jornalista Yesmin Tibocha Patiño, do Sena Distrito Capital. O texto completo, em espanhol, e outras fotos estão disponíveis no website da RETS, em: bit.ly/1aW19U3.