

editorial

Os trabalhadores técnicos representam uma parcela significativa da força de trabalho dos sistemas de saúde, sendo sua qualificação uma dimensão fundamental das políticas públicas que visam atender às necessidades de saúde de suas populações.

Para sistematizar e socializar conhecimentos que subsidiem a elaboração de políticas de cooperação internacional, propiciando a discussão e o compartilhamento de experiências e demandas relativas à formação de trabalhadores técnicos em saúde, foi criada a Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS).

A idéia da RETS surgiu em 1996, a partir de duas reuniões promovidas pelo Programa de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS). Nos seus cinco primeiros anos de funcionamento, englobava apenas países da região das Américas, tendo a Escola de Saúde Pública da Costa Rica como secretaria executiva. Reativada por iniciativa da OPS em 2005, a Rede teve sua secretaria executiva transferida para a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz, no Brasil, e Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Educação de Técnicos em Saúde. Nessa nova fase, a RETS assumiu o desafio de ampliar sua área geográfica de atuação incorporando todos os países que identificassem necessidades de cooperação.

O lançamento desta publicação, identificada coletivamente como uma das principais estratégias de articulação da Rede, busca potencializar a produção e divulgação de informações e conhecimentos, ao abordar questões importantes para os desafios de um tipo de formação que reconhece a complexidade do trabalho do

técnico em saúde e que está voltada para a qualidade da atenção à saúde oferecida à população mundial.

Nesta edição, publicada já nas versões português, espanhol e inglês, damos destaque à discussão dos determinantes sociais da saúde, que foram objeto de um recente estudo da OMS. Além disso, falamos sobre as diferentes concepções de cooperação técnica, narramos a experiência da Revista Médica de Moçambique e apresentamos um resumo do relatório sobre a Atenção Primária à Saúde. Na seção de entrevistas, Khaled Bessaoud fala sobre os desafios da formação dos trabalhadores na África. Isso sem contar com as notícias sobre as instituições que compõem a RETS.

Boa leitura!

Secretaria Executiva da RETS

Expediente

Ano I - nº 01 - nov/dez 2008 e jan 2009

A Revista RETS é uma publicação trimestral editada pela Secretaria Executiva da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde.

Editora

Cátia Guimarães - MTB22657/RJ

Redatores

Juliana Chagas
Juan Epsteyn

Estagiária de jornalismo

Carolina Massote

Designer

Zé Luiz Fonseca

Diagramador

Marcelo Paixão

Estagiário de designer

Pedro Henrique Quadros

Tiragem

2 mil exemplares

SECRETARIA EXECUTIVA DA RETS

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Diretor

André Malhão

Coordenadora de Cooperação Internacional

Anamaria D'Andrea Corbo

Equipe da Coordenação de Cooperação Internacional

Anakeila Stauffer
Christiane Rocha
Teresa Cavalcanti

Endereço

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

Apoio

TC41 - Ministério da Saúde do Brasil e Opas/Brasil



Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde



‘Uma das nossas maiores que os países desenvolvam um pla



O médico sanitário e epidemiologista Khaled Bessaoud é assessor de recursos humanos para a saúde do Escritório Regional Africano da Organização Mundial de Saúde (Afro/OMS), que congrega 46 países da região e é sediado em Brazzaville, Congo. Nesta entrevista, ele faz uma avaliação da situação da formação dos trabalhadores da saúde nos países africanos, da organização dos departamentos de recursos humanos dentro dos ministérios da saúde, das estratégias para manter os profissionais em seus países e do foco na atenção primária e no trabalho com as comunidades. Além disso, Khaled Bessaoud fala sobre o Observatório de Recursos Humanos da África e defende a importância dos técnicos no combate às iniquidades de saúde.

Considerando a situação de pobreza extrema e crise nos sistemas de saúde em muitos países da África, como o senhor acha que deveria ser assumida a reforma do ensino dos trabalhadores da saúde?

A questão dos recursos humanos é um grande desafio para todos os países africanos. Há quase dez anos, em 1999, os 46 países da Afro adotaram o que chamamos de Estratégia Regional para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde, na qual reservamos um grande espaço para tratarmos da educação. Uma das estratégias nesse sentido consiste em capacitar membros de algumas comunidades para trabalhar na saúde dos lugares onde vivem. Eles são chamados para participar dos programas de saúde governamentais. Aceitando, iniciam uma capacitação, na qual aprendem a fazer a promoção e prevenção de algumas doenças. Com a ajuda desses trabalhadores da comunidade, os indicadores de muitas patologias foram reduzidos. Além disso, a população passou a confiar mais nos programas de saúde dos seus países.

Em que medida as ações vinculadas à promoção, fortalecimento e desenvolvimento da força de trabalho em saúde são assumidas como políticas de Estado pelos países membros da Afro?

Uma das nossas maiores recomendações é solicitar que os países desenvolvam um plano nacional de recursos humanos. Isso porque a maioria dos países africanos não tem uma estratégia para o desenvolvimento da sua força de trabalho. E é realmente necessário traçar objetivos concretos: um plano para ser realizado em longo prazo, incluindo todos os desafios que precisam ser enfrentados. E esse guia de trabalho deve ser atualizado constantemente. Só assim se poderá desenvolver uma estratégia regional na área de recursos humanos, saber quais trabalhadores serão necessários para determinado programa de saúde, como será o plano de carreiras. Por-

que um dos principais desafios na África é a migração da força de trabalho. E nós precisamos atrair e motivar os trabalhadores da saúde para ficar nos seus países; dar boas condições de trabalho para permitir que eles fiquem motivados. Atualmente, alguns poucos países, como Zâmbia, Uganda e Moçambique, têm um plano estratégico para dez ou 15 anos. Os que ainda não traçaram sua estratégia de trabalho fazem pequenos programas. Um dos principais problemas para se pensar nesse trabalho mais estruturado é a grande rotatividade de ministros da saúde. Porque a mudança constante no ministério desestabiliza o setor. E, para que os recursos humanos possam ser organizados de maneira eficaz, é preciso que haja, no nível ministerial, um departamento que cuide só disso. Isso é muito importante para que as carreiras sejam reguladas. Outro ponto de extrema importância, que também é uma recomendação da Afro, é que esses departamentos de recursos humanos estejam articulados com os de educação. Só assim poderemos formar bem nossos profissionais.

A Conferência de Ouagadougou de 2008 incentivou os países a implementarem estratégias para a área de recursos humanos em saúde. Que novas políticas para a formação de trabalhadores – especificamente os técnicos – têm sido adotadas pelos membros da Afro?

A Conferência de Ouagadougou, realizada em maio de 2008, foi um encontro regional do qual participaram os 46 países membros da Afro. Eles decidiram colocar a estratégia da Atenção Primária como uma prioridade. Agora, o próximo passo é discutir como implementar todas as resoluções acordadas. Foi pedido que os países organizem debates nacionais a fim de decidir como vão enfrentar esse novo paradigma. A questão dos recursos humanos apareceu na Declaração de Ouagadougou, elaborada no fim da reunião. Mas, em relação aos técnicos especificamente, nada foi discutido.

recomendações é solicitar no nacional de recursos humanos’

Geralmente, nos documentos, há sempre muitas recomendações para médicos e enfermeiros. Um erro, certamente. Como os técnicos não têm associações profissionais fortes, como médicos e enfermeiros, muitos países não os levam em consideração na hora de elaborar políticas de saúde. Penso que é por isso que não conseguimos atingir os objetivos das estratégias. É preciso incluir os técnicos nesse trabalho. Esse é um dos grandes desafios da estratégia de recursos humanos. Temos muitos parceiros prontos para nos ajudar.

Em relação à formação dos técnicos em saúde, temos problemas. Há escolas técnicas, por exemplo, que ficam dentro de universidades, e têm dez tipos de cursos técnicos mas, quando perguntadas sobre seus currículos, respondem que não têm programa de curso. Essa é a realidade. Então, os técnicos que temos não possuem formação de bom nível. A recomendação da Afro é que os países estabeleçam mecanismos de avaliação dos currículos dessas escolas técnicas.

A Afro está desenvolvendo um Observatório Africano da Saúde, cujo objetivo será monitorar e avaliar os progressos nesse campo. Que lugar ocupará o tema dos recursos humanos nessa iniciativa?

Em 2005, nós organizamos uma reunião com grandes instituições pensando no desenvolvimento dos recursos humanos. Sabendo que as informações são escassas, uma das recomendações foi estabelecer, nos países, observatórios nacionais de recursos humanos. E, coordenado pela Afro, um observatório regional de recursos humanos, que já conseguimos implementar. Nele, é possível encontrar muitas informações sobre os profissionais de saúde como, por exemplo, o número total de médicos, enfermeiros e técnicos. Muitos países já começaram o processo – Etiópia, Gana e Tanzânia. Há um grande comprometimento dos ministérios da saúde em fazer isso. A idéia é que cada um dos 46 países tenha seu próprio observatório.

Que tipo de relação a Afro considera que existe entre o aumento na quantidade e a melhoria da formação dos trabalhadores da Saúde e as melhoras nas condições da saúde de um país?

Essa questão está em debate. O problema do número de trabalhadores está em todos os níveis. Faltam especialistas, enfermeiras, técnicos. O Chade, por exemplo, só tem três pediatras e um anestesista para todo o país. O que geralmente acontece é que os generalistas fazem o trabalho dos especialistas. As enfermeiras também. Então, o trabalho delas passa para os técnicos e o deles para os trabalhadores comunitários. É um ciclo. E uma questão a ser resolvida. Ainda estamos discutindo como.

Quais são os planos, programas e medidas adotados pela Afro para dar conta da migração de profissionais?


Há realmente uma grande evasão. Isso acontece com todos os profissionais, não apenas com os médicos. Em alguns países, todas as enfermeiras saem também. Isso é muito difícil. Nós estamos convencidos de que a resolução desse problema depende de um longo processo de trabalho. É necessário motivar os profissionais da saúde, ter um plano de carreira para eles, um bom salário, assistência social. Hoje, é difícil mantê-los nas cidades. Mesmo nas capitais. Eles querem ir para outros países. Mas a ‘fuga de cérebros’ não é um fato relacionado apenas com o setor saúde. Tem a ver com política também. É muito difícil manter profissionais em países politicamente desestabilizados, que estão em conflito, em guerra. Então, os países do norte continuam absorvendo a mão-de-obra da África, da América do Sul e da Ásia. Temos, porém, algumas experiências exitosas no sentido de garantir a permanência desses profissionais. Alguns países conseguem reter seus trabalhadores. No norte do Mali, por exemplo, a situação era de escassez de médicos. O

governo, então, ao oferecer melhores salários para esses trabalhadores, conseguiu evitar a emigração. O Quênia também teve sucesso utilizando a mesma estratégia. A Afro está observando e documentando essas experiências.

Como o senhor avalia a situação da Cooperação Técnica relativa à formação de trabalhadores de saúde entre países da África e entre a América Latina e a África?

Há exemplos recentes nesse sentido. Acabamos de aprovar projetos de cooperação entre os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop), a comunidade europeia e o governo brasileiro. São muito boas experiências. A avaliação das faculdades de medicina de Angola, por exemplo, será organizada com a ajuda de uma universidade do Brasil. A Afro, porém, recomenda que os países africanos mantenham a liderança em qualquer cooperação. É preciso ter boas estratégias, um plano de trabalho para que saibam como os outros países poderão ajudá-los. Se eles não tiverem uma estratégia nacional, não saberão organizar a cooperação. Muitos países perdem cooperações por falta da ‘bússola’, pois não sabem aonde querem ir.

De que maneira está sendo incorporado o tema dos determinantes sociais da saúde nas estratégias de recursos humanos da Afro e, mais especificamente, nos cursos técnicos em saúde?

Quando decidimos desenvolver a atenção primária em saúde, estávamos pensando nos determinantes sociais de saúde: no saneamento básico, na água, etc. Mas não só no setor sanitário. Temos que obter a ajuda das outras áreas para o desenvolvimento do transporte, da agronomia. A saúde não pode se desenvolver sozinha. E a Declaração de Ouagadougou enfatiza esse ponto de vista. 

Fundação da Revista

A criação de uma publicação científica nunca é uma tarefa simples; exige planejamento, organização, coordenação, e, principalmente, recursos de diversas naturezas, não apenas econômicos. Tudo isso é ainda mais difícil de obter num cenário de guerra civil, em um dos países mais pobres do mundo. A Revista Médica de Moçambique, fundada em 1982, é um bom exemplo de que é possível criar e divulgar o conhecimento num contexto totalmente desfavorável à prática e à divulgação científica.

Quando o professor brasileiro Luis Rey chegou a Moçambique em 1980 para cuidar da reorganização do Instituto Nacional de Saúde de Maputo, em uma missão da Organização Mundial da Saúde, encontrou um país arrasado, desorganizado e sem recursos para a área da saúde. A guerrilha contra-revolucionária da Resistência Nacional de Moçambique (Renamo), financiada e apoiada pela África do Sul, a Inglaterra e os Estados Unidos, tinha intensificado os ataques para desgastar o governo socialista do Frente de Libertação de Moçambique (Frelimo). A economia de guerra e os ataques constantes da Renamo forçavam o governo a empregar a maior parte dos recursos do Estado na manutenção e fortalecimento da maquinaria militar. A situação sanitária do país era catastrófica, pois ela também sofria as conseqüências do conflito armado e da crise humanitária. Para piorar, a independência tinha provocado o êxodo maciço de técnicos e profissionais de todas as áreas para Portugal e a África do Sul. Dos escassos 290 médicos registrados no país em 1972, por exemplo, estavam lá 60 cinco anos mais tarde.

Desde a sua independência de Portugal, em 1975, Moçambique foi cenário de um dos conflitos armados internos mais sangrentos da segunda metade do século XX. Durante os 16 anos que durou, a guerra – aliada à seca, à fome e a doenças infecciosas (como cólera, tuberculose e malária) –, produziu mais de um milhão de mortos. Segundo o Relatório Mundial de Refugiados de 1993, o conflito também provocou cerca de dois milhões de expatriados – que fugiram para os países vizinhos –, além de mais de três milhões e quinhentos mil deslocados internos. A economia ficou devastada. Entre 1982 e 1986, mais de 40% dos centros hospitalares foram destruídos, além de milhares de escolas e outras instalações públicas. Segundo a Unicef, entre 1980 e 1988, a falta de comida, água potável e atenção sanitária contribuiu com a morte de 490 mil crianças que viviam nas áreas afetadas pela guerra. Durante esse período, milhares de jovens tiveram que abandonar as escolas para se integrar ao exército popular. Médicos 'importados', provenientes do bloco socialista (na maioria cubanos e russos) compareceram solidariamente para ocupar o vácuo deixado pelos colonialistas portugueses. Exilados compromissados com a luta pela libertação do Terceiro Mundo, como Luis Rey, além de simpatizantes do governo revolucionário, também chegaram de muitos cantos do planeta com a missão de contribuir com a construção da República Popular de Moçambique. “A minha motivação era contribuir para o progresso do socialismo e elevar o nível da saúde dos países, que é uma condição básica, onde quer que eu fosse”, rememora o professor itinerante, que permaneceu exilado por quase 20 anos devido à ditadura militar que governava seu país. “Quando uma pessoa possui uma ideologia, ela tem uma motivação”, afirma o médico, que por 12 anos foi militante do Partido Comunista, defendendo que a difusão do conhecimento, que articula saúde e educação, era a sua “metralhadora”.

Mas a solidariedade internacional não era suficiente para uma nação nova, pobre e convulsionada como Moçambique. Naquele momento, segundo Luis Rey, tornava-se indispensável a formação de novos quadros técnicos. Mesmo assim, a formação de profissionais locais apresentava-



Trecho do Editorial da Revista Médica de Moçambique

...Certamente que o primeiro número de uma revista científica não é tarefa fácil. Mesmo quando há o hábito e a convivência, o que não é o caso. Estamos certos das insuficiências de organização, da forma, da apresentação que ensombram o valor dos trabalhos aqui apresentados. Desde já, e em primeiro lugar, as nossas desculpas vão para os autores. Deles e dos leitores esperamos as críticas e as sugestões.

Façamos da Revista Médica de Moçambique mais um instrumento para dominar a ciência e a técnica. Que ela constitua também, no setor da saúde, mais um arma no combate ao subdesenvolvimento.

se como uma tarefa muito mais complexa do que em outros países descolonizados do Terceiro Mundo: para se ter uma idéia, em 1975, ano da independência, mais de 93% da população moçambicana era analfabeta. Isso, entretanto, não era apenas conseqüência da falta de recursos. Durante o período colonial, os portugueses tinham reservado a educação média e superior para os brancos. A mesma política tinha sido aplicada para os cargos de direção e técnicos de todas as áreas da administração pública, bem como das indústrias e grandes lavouras. Eram poucos os moçambicanos ne-

Médica de Moçambique

gros que contavam com acesso ao ensino básico, com a exceção daqueles que conseguiam viajar e se formar no exterior. “Durante a dominação portuguesa, para entrar em Maputo”, lembra Rey, “um negro precisava ter um salvo-conduto”. Depois da independência, junto com a maioria dos trabalhadores e técnicos capacitados, um grande número de professores universitários – todos eles brancos, nativos ou estrangeiros –, abandonou seus postos nas universidades e escolas de ensino médio e superior. A cadeira de Parasitologia da Universidade de Medicina de Maputo tinha ficado sem titular. Quando chegou a Maputo, Rey assumiu o posto, decidido a continuar com as atividades que mais o entusiasmavam, que são ensinar e formar profissionais da saúde. “Um dos principais problemas da África é formar gente; o problema da formação de quadros é fundamental. Quando cheguei, faltava gente na área da saúde. Foi assim que encontrei Moçambique”, relembra hoje, aos 90 anos, o professor. E foi assim também que ele lançou mais uma vez mão do que ele chama de sua “metralhadora do conhecimento”; idealizando e criando um instrumento para apoiar a formação desses trabalhadores: a Revista Médica de Moçambique.

Uma Revista para divulgar a ciência

Quando Luis Rey chegou a Moçambique não demorou em dar-se conta de que era necessário criar um veículo de comunicação para a área de doenças tropicais. Aproveitando toda a experiência adquirida com a Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo e com a Revista Latino-americana de Microbiologia do México, o professor brasileiro iniciou a tarefa de planejar uma publicação adaptada à realidade local. “A pesquisa exige difusão. Por isso, achei que para difundir conhecimentos e estimular a pesquisa era indispensável fundar uma revista”, explica, lembrando as enormes dificuldades enfrentadas. “Lá, a formação dos profissionais da área da saúde e a redação científica estavam partindo do zero”, resume Rey, que não apenas participava ativamente como editor, mas também ajudava diretamente os autores a escrever e estruturar de forma adequada os artigos científicos. Para isso, ele distribuiu entre os eventuais autores seu livro ‘Como redigir artigos científicos’, elaborado dez anos antes com o objetivo de ajudar aquelas pessoas interessadas em escrever para a Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, no Brasil. A Revista Médica de Moçambique foi fundada, então, justamente com o intuito de dar respostas às necessidades daqueles profissionais locais que possuíam trabalhos elaborados, mas careciam das possibilidades de divulgá-los apropriadamente. Para o grupo de quadros profissionais do Instituto de Saúde de Maputo que participou ativamente da elaboração da revista, a finalidade da publicação era, principalmente, contribuir com o conhecimento e a divulgação da realidade sanitária do país. Não pretendiam expor as especialidades hospitalares, como costumam fazer a maioria das publicações


Saiba quem é Luis Rey

Sempre comprometido com causas humanitárias, exilado na década de 1970, durante a ditadura militar brasileira, o parasitologista trabalhou na África durante muitos anos, a serviço da Organização Mundial da Saúde (OMS). Passou cerca de três anos em Moçambique, onde ajudou a criar a Revista Médica de Moçambique, que existe até hoje, e ministrou, em meio a uma guerra civil, aulas de parasitologia na Universidade de Maputo, esvaziada pelo êxodo de professores brancos após a independência do país. Na Tunísia, foi encarregado pela OMS de combater a epidemia de esquistossomose e cumpriu a tarefa.

Publicações médicas na África

Na atualidade, as publicações científicas locais enfrentam enormes dificuldades em muitos países da África. A situação financeira é complicada e os custos são altos. Existe, ainda, pouco interesse das universidades em manter uma revista própria. Outro dos impedimentos é que a maioria dos editores africanos não possui uma dedicação integral para tomar conta da sua revista, e geralmente trabalha nela sem receber remuneração. Para piorar, muitos pesquisadores nacionais preferem publicar em revistas com renome internacional, o que inibe a troca e a difusão do conhecimento gerado na África. Os meios de comunicação, por outro lado, costumam ser precários, situação que dificulta o intercâmbio entre os pesquisadores, e entre eles e os editores. A divulgação, no nível nacional e regional, também não é fácil nesse contexto. Apesar das dificuldades mencionadas, a Revista Médica de Moçambique continua ativa. De fato, ela é a única revista médica do país e uma das únicas publicações desse tipo que existe entre os cinco países africanos de língua portuguesa.

da área, mas fundamentalmente difundir os problemas específicos de saúde da comunidade.

Com uma periodicidade quadrimestral, a revista começou a publicar trabalhos científicos sobre assuntos diretamente vinculados aos problemas de saúde pública da população moçambicana, como a epidemiologia das doenças tropicais, a sua distribuição geográfica etc. “Tratava-se, fundamentalmente, de uma revista feita por e para os moçambicanos. Porque uma revista científica tem que respeitar até as características culturais do povo a quem se destina”, destaca Rey. 

Determinantes Sociais e as condições sanitárias

As diferenças de habitação, emprego, escola, renda e transporte influenciam a saúde de um indivíduo. É isso que explica que a expectativa de vida de alguns seja de 80 anos enquanto a de outros é de menos de 45, dependendo do país no qual tenha nascido. Mas tão importante quanto o local de moradia é a sua posição social. Isso porque mesmo que a pessoa viva num lugar que, em geral, ofereça boas condições sanitárias, se pertencer ao extrato social mais pobre, terá uma saúde pior. Esses fatores que alteram as condições sanitárias são chamados de determinantes sociais de saúde (DSS) e voltaram ao centro das preocupações mundiais em agosto deste ano, quando a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), criada em 2005 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou um relatório sobre esse tema.

O documento, intitulado 'Acabar com as desigualdades no intervalo de uma geração: alcançar a equidade sanitária atuando sobre os determinantes sociais da saúde' analisa as condições de saúde de diversos países e propõe ações para acabar com as iniquidades. "O resultado é que, ao fornecer esses dados, a OMS está não só institucionalizando esse assunto, mas também estimulando iniciativas que enfrentem os DSS e se propondo a continuar seu trabalho de acompanhamento das atividades desta área em todo o mundo", avalia Paulo Buss, membro da CDSS brasileira, representante do Brasil no comitê executivo da OMS e presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Um dos pontos com destaque no documento é a formação de profissionais da área da saúde, que é tema de um dos capítulos. Para Alcira Castillo, coordenadora da Rede Interamericana de Formação em Determinantes Sociais (Redet), que busca a inserção desse tema nos conteúdos dos cursos de saúde, o destaque dado à formação representa uma excelente oportunidade para que universidades e centros formadores repensem seus planos de estudos. "Até pouco tempo, o tema da desigualdade social e das iniquidades em saúde só eram denunciados por grupos específicos. Penso que as sugestões de um organismo tão importante como a OMS vão estimular a adequação dos cursos às novas propostas", diz.

Três recomendações para melhorar a saúde mundial

O que resolveria os problemas causados pelos DSS? Um novo enfoque no desenvolvimento, afirma a Comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde: "É inquestionável que o desenvolvimento econômico é importante, principalmente para os países mais pobres, pois oferece a oportunidade de obter recursos para investir na melhoria de vida da população. Mas o crescimento por si só, sem políticas sociais que assegurem que os benefícios sejam repartidos igualmente, contribui pouco para a equidade sanitária".

Por isso, a CDSS faz três recomendações gerais para modificar a situação da saúde mundial: "melhorar as condições de vida; lutar contra a distribuição desigual do poder, dinheiro e recursos; e medir a magnitude do problema, analisá-lo e avaliar os efeitos das intervenções". Para atingir esses objetivos, o documento sugere que sejam desenvolvidas ações integradas: "As políticas e os programas devem englobar todos os setores-chave da sociedade. Entretanto, o ministro da saúde e seu ministério são essenciais para que se efetue uma mudança mundial. Podem centrar suas estratégias nos determinantes sociais, demonstrar sua eficácia e prestar apoio a outros ministérios na formulação de políticas para promover a equidade sanitária", escreveu a Comissão.

As condições socioeconômicas

O emprego e as condições de trabalho afetam diretamente a saúde de um indivíduo. Segundo o relatório da CDSS, o índice de mortalidade é maior nos trabalhadores temporários, que têm sua saúde física e mental mais comprometida do que aqueles que têm emprego fixo. Na Índia, por exemplo, 86% das mulheres e 83% dos homens estão no mercado informal. Já pessoas que estão submetidas a estresse no ambiente de trabalho têm 50% a mais de risco de ter um problema cardíaco. Além disso, carga horária excessiva e grande esforço para atingir metas são fatores que contribuem para o aparecimento de doenças físicas e mentais. Contra esse determinante, a Comissão propõe que governos e empregadores contribuam para a diminuição da pobreza, gerem empregos e promovam boas condições de trabalho.

Como a falta de emprego, a renda também contribui para a má condição de saúde de uma pessoa. Os 40% da população mundial que vivem com apenas US\$ 2 ou menos por dia não têm acesso aos mesmos serviços de saúde que os mais ricos – uma minoria. Segundo o documento, ser de uma

A Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu, em 2000, oito objetivos que devem ser alcançados para mudar o mundo nesse milênio: acabar com a fome e a miséria; oferecer educação básica de qualidade para todos; ter igualdade entre sexos e valorização da mulher; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; combater a AIDS, a malária e outras doenças; ter qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; e trabalhar em conjunto para o desenvolvimento.

Desafios da Saúde afetam sanitárias mundiais

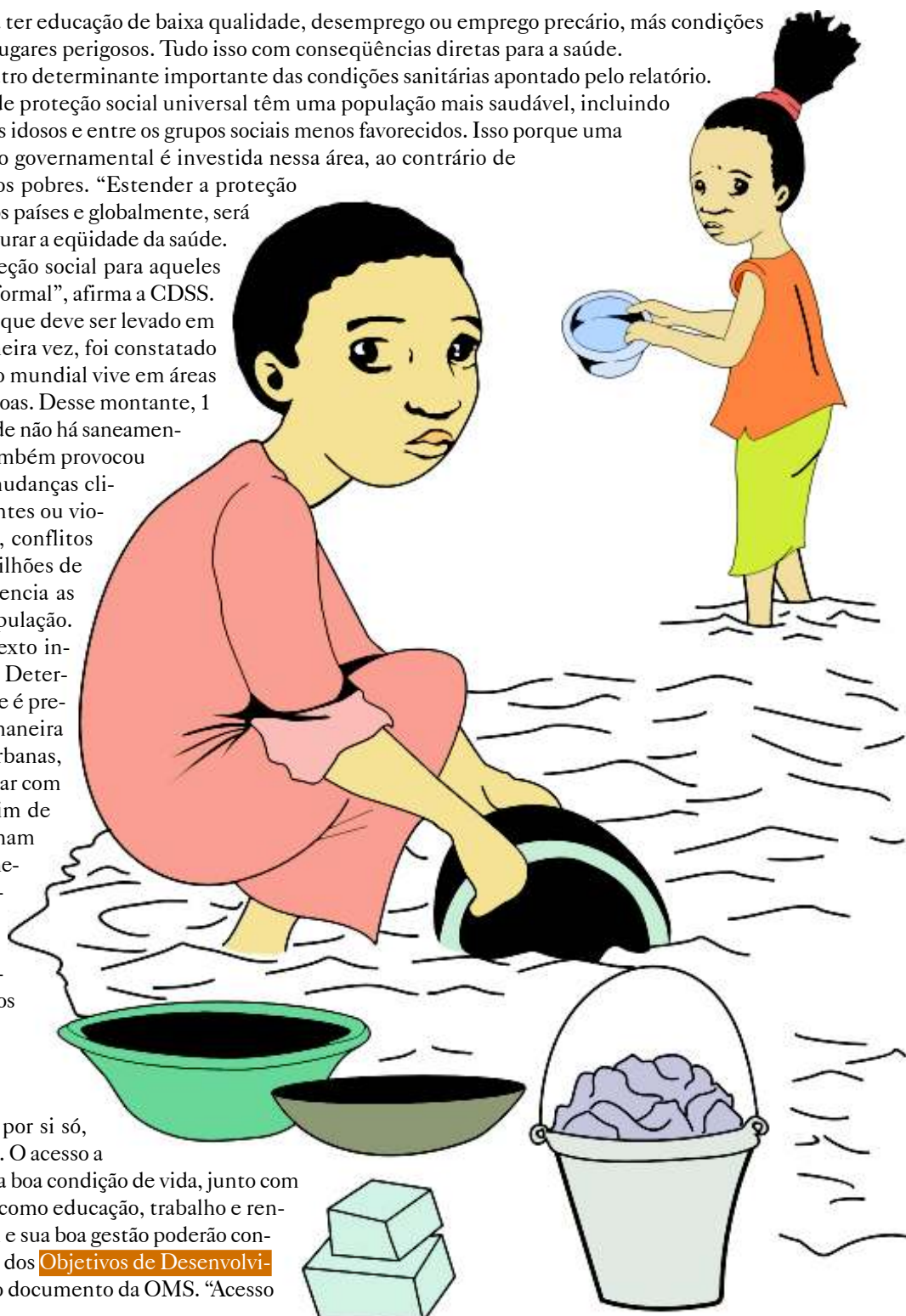
classe social baixa significa ter educação de baixa qualidade, desemprego ou emprego precário, más condições de trabalho, moradias em lugares perigosos. Tudo isso com conseqüências diretas para a saúde.

A assistência social é outro determinante importante das condições sanitárias apontado pelo relatório. Lugares com um sistema de proteção social universal têm uma população mais saudável, incluindo menor mortalidade entre os idosos e entre os grupos sociais menos favorecidos. Isso porque uma parte grande do orçamento governamental é investida nessa área, ao contrário de outros países, que taxam os pobres. “Estender a proteção social para todos, dentro dos países e globalmente, será um grande passo para assegurar a equidade da saúde. Isso inclui oferecer a proteção social para aqueles com trabalho precário e informal”, afirma a CDSS.

A pobreza é outro fator que deve ser levado em conta. Em 2007, pela primeira vez, foi constatado que a maioria da população mundial vive em áreas urbanas – 3 bilhões de pessoas. Desse montante, 1 bilhão mora em favelas, onde não há saneamento básico. A urbanização também provocou outros problemas, como mudanças climáticas, mortes por acidentes ou violências. Desde os anos 90, conflitos armados já mataram 3,6 milhões de pessoas. E tudo isso influencia as condições de saúde da população. Tendo em vista esse contexto internacional, a Comissão de Determinantes Sociais afirma que é preciso promover saúde de maneira igual nas áreas rurais e urbanas, além de políticas para acabar com a pobreza nos campos, a fim de que os cidadãos não tenham que migrar. Nas cidades, é necessário melhorar as condições de saúde, segurança, transporte, alimentação e meio-ambiente. Em resumo: é preciso universalizar os benefícios sociais.

Saúde para todos

O sistema de saúde é, por si só, um determinante sanitário. O acesso a ele é fundamental para uma boa condição de vida, junto com outros fatores – ou DSS –, como educação, trabalho e renda. Só a cobertura universal e sua boa gestão poderão contribuir para a concretização dos **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**, afirma o documento da OMS. “Acesso



universal significa que todos os habitantes de um país podem desfrutar da mesma oferta de serviços (de boa qualidade), em função de suas necessidades e preferências”, explica o relatório.

Uma saúde para todos também requer um financiamento com fundos públicos e não com pagamentos diretos por serviços de saúde, que é característica dos sistemas não-universais. Segundo o relatório da CDSS, nos países com baixa ou média cobertura, as políticas impõem que o usuário pague diretamente pelo serviço obtido. Essa prática faz com que, a cada ano, mais de 100 milhões de pessoas sejam jogadas na pobreza devido aos grandes gastos que têm com sua saúde e a de sua família. Alguns dados mostram, ainda, que o desenvolvimento socioeconômico dos países ricos foi favorecido pela infra-estrutura financiada pelos fundos públicos e pela criação progressiva de serviços públicos universais, já que o mercado é incapaz de oferecer bens e serviços essenciais de modo equitativo.

Além do setor público, a OMS chama a atenção para o fato de que os organismos multilaterais, a sociedade civil, o setor privado e as instituições de pesquisa também devem colaborar para a diminuição das desigualdades sanitárias. A sociedade civil pode, por exemplo, participar da elaboração e da avaliação de políticas relacionadas aos DSS, a fim de analisar a qualidade, a equidade e o impacto nos serviços de saúde. Já o setor privado precisa reconhecer e respeitar as normas internacionais de emprego, saúde e segurança do trabalho.

O relatório, na verdade, retoma uma demanda antiga da OMS, que é feita desde 1978, quando as nações se reuniram em Alma-Ata para pensar numa maneira de resolver os problemas de saúde do mundo. Foi nesse momento que se concluiu que era necessário construir nos países sistemas de saúde universais, focados na Atenção Primária – sem esquecer os outros níveis de assistência – e que levassem em conta as condições sociais, políticas e econômicas da população. Nos anos seguintes, porém, esse modelo não foi colocado em prática em boa parte do mundo. Com a pressão do mercado e um ideário econômico de diminuição do papel do Estado, a saúde

se tornou mercadoria. “Só que o objetivo de ter uma saúde universal não morreu. A Atenção Primária continua sendo central para que a assistência tenha foco na promoção e prevenção da saúde e não só no tratamento de doenças. É assim que conseguiremos a integralidade, a equidade e o bem-estar de todos”, afirma o documento.

Como exemplos de países que melhoraram suas condições sanitárias ao se preocuparem com o primeiro nível de assistência e aumentarem a cobertura, a Comissão de Determinantes Sociais cita a Costa Rica, que reduziu a mortalidade infantil de 60 (em 1970) para 19 por mil recém-nascidos (em 1985) – a cada cinco anos seguintes à reforma na saúde, o país reduziu em 13% a morte de crianças –, a República do Congo, China, Índia, Sri Lanka, Cuba e Brasil. “Como as questões das determinações sociais se expressam localmente, é preciso organizar um sistema de saúde que faça a atenção aos indivíduos a partir dessa perspectiva. É isso que faz, por exemplo, a Estratégia Saúde da Família brasileira, que realiza a promoção e prevenção focada nas famílias. Os profissionais de saúde visitam as casas dos cidadãos, levantam suas condições socioambientais. E isso é o que faz a diferença nos serviços”, avalia Paulo Buss.

Formação profissional

Junto com a ampliação do acesso à saúde e a melhoria das demais condições socioeconômicas, o relatório traz a discussão sobre a formação de profissionais que saibam lidar com os determinantes sociais – os sistemas de saúde empregam, atualmente, 59 milhões de pessoas. No capítulo denominado ‘Conhecimento, monitoramento e habilidades: a espinha dorsal da ação’, a CDSS recomenda que as instituições de ensino coloquem os determinantes sociais como uma matéria obrigatória nos currículos dos profissionais de saúde. “Médicos e profissionais da saúde, como enfermeiros e auxiliares precisam entender que as iniquidades de saúde são um importante problema de saúde pública. Eles devem reconhecer as desigualdades sociais como fator de influência na distribuição da assistên-

cia à população e perceber o quanto a estrutura e o financiamento dos serviços afetam a saúde dos cidadãos. Assim, entenderão sua importância e conseguirão se comunicar melhor com seus pacientes”, escreve a CDSS.

Deveriam fazer parte dos currículos, ainda, disciplinas que estudassem diferenças de gênero como determinantes sociais e dessem mais importância à prevenção e à promoção da saúde. As capacitações interdisciplinares e a pesquisa também têm papel importante nessa formação. Além disso, a Comissão alerta para a necessidade de novos materiais didáticos, incluindo os virtuais, com *download* gratuito.

Para Alcira Castillo, não há dúvida de que isso deve ser uma prática das formações: “As bases epistemológicas, ideológicas e metodológicas da formação implicam saberes e práticas que devem partir de um conhecimento acadêmico sobre as causas das doenças e ultrapassá-lo, passando de disciplinas técnicas para ações políticas em saúde dirigidas a mudar a realidade produzida pelas iniquidades”, explica a representante da Redet, uma rede iniciada em 2000 com o objetivo de fortalecer o ensino dos DSS na formação de nível superior de universidades do Chile, Cuba, Costa Rica, República Dominicana, Brasil, Nicarágua, Peru, El Salvador, Guatemala e Honduras. “A Rede oferece material didático para nove módulos de formação em DSS”, diz, adiantando que já existem planos para estender isso para os cursos técnicos. “Será preciso fazer oficinas com os grupos acadêmicos dos cursos de nível médio para reformular os planos de cursos a partir da perspectiva dos determinantes”, completa.

Em Moçambique, segundo Moisés Mazivila, diretor do Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário de Maputo – integrante da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS) –, o tema dos determinantes sociais é abordado em todos os cursos de saúde do país. “Os DSS constituem a espinha dorsal para a compreensão global dos problemas de saúde e sua relação com o ambiente. Por isso, nossas instituições de ensino

História dos Determinantes Sociais de Saúde

O conceito de determinantes sociais de saúde (DSS) não é novo. As primeiras teorias que abordaram os problemas sanitários mediante um enfoque social e extrabiológico se remontam à segunda metade do século XIX, período que coincide com o apogeu da industrialização e da urbanização das grandes cidades europeias. Mas os DSS só se instauraram no debate internacional no início da década de 1970, com o auge dos movimentos antiimperialistas. Nesse momento, ganhou força, em grande medida, em função da divulgação de uma série de estudos que davam destaque às limitações dos programas verticais de saúde, apoiados na realização de campanhas para a erradicação de doenças específicas. Não davam conta do ambiente social e econômico no qual as doenças se propagavam, concentrando-se unicamente na visão individual e biológica. Por isso, estudiosos começaram a defender a idéia de que era necessário transformar as políticas públicas de modo que elas passassem a contemplar as questões mais amplas que condicionam a vida dos diferentes grupos sociais. Tratava-se de uma busca, antes de tudo, para acabar com as causas estruturais que promovem a iniquidade sanitária, com um compromisso de alcançar a justiça social.

incluem esse assunto de maneira transversal em seus currículos de nível médio e superior”, anuncia. Os determinantes sociais de saúde são abordados também nos cursos de educação continuada ‘Epidemiologia aplicada à solução de problemas de saúde’, ‘Planificação e Gestão’ e ‘Educação para a Saúde’, cujos módulos introdutórios têm uma abordagem multisetorial: “Esses cursos, com duração média de três meses, são oferecidos uma vez por ano para os profissionais dos serviços. Logo no módulo introdutório, falamos sobre o papel da agricultura, das políticas sociais e da economia para a saúde da população”, explica Moisés.

Segundo Paulo Buss, esse olhar para os DSS fará diferença no trabalho na saúde: “No momento em que o profissional conversar com seu paciente, ele saberá identificar qual é a situação sócio-sanitária que está posta e, se tiver um conhecimento prévio do que são determinantes, fará prescrições e dará orientações diferentes dos que não são preparados nesse assunto”, afirma. Além disso, segundo ele, esse conhecimento permitirá que os trabalhadores da saúde ajudem na formulação de políticas públicas para combater os determinantes sociais. “Serão criados programas que deixarão de ver o indivíduo apenas como um ser biológico para analisar a influência do meio-ambiente sobre ele”, completa.

Conhecendo os dados

Uma das formas para combater os determinantes sociais que prejudicam a saúde é conhecê-los. Por isso, a CDSS defende que sejam criados sistemas de dados básicos – como registros civis e programas de observação das desigualdades sanitárias – e mecanismos que assegurem a interpretação dessas informações. “Muitos países não têm sequer sistemas para registro de nascimentos e óbitos. A falta de dados básicos dificulta a elaboração de políticas para combater as iniquidades sanitárias. É preciso conhecer os dados para pensar como melhorá-los”, afirma a Comissão.

É a partir das informações levantadas e consolidadas no relatório que a CDSS faz o apelo de que a mudança nos determinantes sociais sanitários seja feita “no intervalo de uma geração”. Segundo o documento, as condições de saúde mudam substancialmente em um tempo curto. Há 40 anos, a mortalidade infantil na Grécia e em Portugal, por exemplo, era de 50 por 1000 recém-nascidos. Hoje, está próxima das baixas taxas do Japão e Suécia, bem próximo de zero. Já o Egito, no mesmo período, reduziu de 235 para 35. Por outro lado, entre 1970 e 2000, a expectativa de vida caiu quatro anos na Rússia.

Os dados mostram também que os países que têm políticas universais focadas na igualdade de acesso aos serviços, no pleno emprego e nos baixos níveis de exclu-

são social, possuem excelentes condições sanitárias. E isso acontece tanto nos desenvolvidos – como os países nórdicos – como na Costa Rica, China, Índia, Sri Lanka e Cuba, que têm boas condições de saúde mesmo não sendo ricos. O diferencial desses países, segundo a Comissão, é colocar a saúde como prioridade, orientar seu desenvolvimento a partir das questões sociais, permitir a participação social, ter cobertura universal e trabalhar intersetorialmente.

Um dos países que já tem consolidado dados relacionados com os DSS é o Brasil, cuja Comissão Nacional de Determinantes Sociais lançou, também em agosto deste ano, o relatório intitulado ‘As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil’. Para Paulo Buss, essa resposta ao chamado da OMS deve acontecer em outros países também. “O Brasil foi o único país que já instituiu uma comissão para tratar dos determinantes. Acredito que com o relatório final da OMS e sua apresentação nos diversos fóruns de saúde mundiais, esse exemplo seja seguido em outras partes do mundo”, diz.

Uma geração apenas?

Para atingir o objetivo de reduzir os danos na saúde provocados pelos determinantes sociais, a CDSS propõe que as mudanças comecem imediatamente. E a lista de alterações na estrutura política e mundial é enorme. Começa com a universalização do direito à saúde, passando pela redistribuição de renda e diminuição das diferenças sociais entre países pobres e ricos e dentro de cada nação. Mas será possível fazer tudo isso rapidamente? “Sim, com novas formas de governar. É preciso que a saúde seja prioridade política”, sugere a Comissão. O resultado dessa ação seria, pelo menos, o alcance, até 2040, de três objetivos principais: reduzir para dez anos a diferença de mortalidade infantil entre os países com as menores e as maiores taxas, diminuir pela metade as taxas de mortalidade em todos os países e em todas as classes sociais, reduzir em 90% a taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos e em 95% a de mães em todo o mundo e todas as classes sociais. ❏

Cooperação Técnica Internacional

No fim da Segunda Guerra Mundial, a maioria dos países europeus estava à beira de um colapso econômico e social. Para evitar o agravamento da instabilidade política e o avanço do comunismo, os Estados Unidos idealizaram, em 1947, um ambicioso projeto de assistência técnica e econômica, organizado para acelerar a recuperação da Europa. Era o Plano Marshall que, em menos de cinco anos, destinou valores milionários para projetos de cooperação e assistência econômica dirigidos a 16 nações européias.

Alguns anos mais tarde, o mundo descobriu que essa ajuda não foi desinteressada. Ela escondeu pressões e ‘condicionalidades’ que reforçaram a dependência política, econômica e cultural dos países que a receberam. Rudolf Buitelaar, atual chefe da Unidade de Gestão de Projetos da Comissão Econômica para a América Latina (Cepal), explica que a cooperação técnica entre países com graus muito diferentes de desenvolvimento (ou cooperação Norte-Sul) frequentemente tem objetivos de natureza econômico-estratégica: “Esse tipo de ‘parceria’ às vezes responde à necessidade de um país desenvolvido de impor um padrão técnico de uma de suas indústrias de ponta a uma ou mais nações com menor nível tecnológico”.

Foi na América Latina que, quase três décadas depois, surgiu outro modelo de ajuda internacional. Seu objetivo era o de promover a aproximação entre países com graus semelhantes de desenvolvimento. Tratava-se da cooperação Sul-Sul, idealizada pela Cepal para ajudar países que não tiveram ‘apoio’ de um Plano Marshall. O sucesso de algumas nações latino-americanas em atingir níveis apreciáveis de crescimento desde os anos 60 permitiu que elas compartilhassem suas experiências com países menos favorecidos. Foi nesse contexto que ganhou reconhecimento a idéia da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) ou Cooperação Sul-Sul, que buscava a transferência sistemática e constante de experiências dos países em desenvolvimento mais adiantados para os menos avançados.

Mas isso não faz da cooperação Sul-Sul apenas um ato de solidariedade entre os países. Segundo Rudolf, o país que fornece ‘ajuda’ sempre se beneficia porque adquire conhecimentos, contatos e experiência. O ministro das Relações Exteriores do Brasil, Celso Amorim, num artigo chamado ‘As perspectivas da cooperação internacional’, explica que, quando não existe um grande desequilíbrio entre os parceiros, a cooperação é baseada em complementaridade de recursos e objetivos similares, e se torna um elemento importante da própria política nacional de desenvolvimento científico e tecnológico. Já Félix Rigoli, consultor regional de recursos humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), lembra que o mais importante é pensar em processos integrais e de longo prazo.

A Cepal foi criada em 1947 pela Secretaria da Organização das Nações Unidas (ONU) e continua ativa na atualidade. Ela contava com o respaldo teórico do pensamento socioeconômico estruturalista de intelectuais latino-americanos, como Raúl Prebisch, sensibilizados pela situação de subdesenvolvimento do Terceiro Mundo, e da América Latina, em particular. Durante várias décadas, as idéias cepalinas enfatizaram, entre outras coisas, a necessidade de se encontrarem soluções específicas que permitissem superar o atraso econômico das nações da Periferia subdesenvolvida, mediante a busca da industrialização induzida pelo Estado e outras políticas intervencionistas.

Esse modelo de cooperação foi consolidado em 1978, na Conferência da ONU sobre CTPD, realizada em Buenos Aires com a participação de 138 nações. Inspirada nas idéias propostas pela Cepal nas décadas anteriores, a reunião tinha como objetivo fomentar a capacidade desses países de encontrar soluções para os seus problemas de crescimento, reforçar a troca de experiências e identificar as alternativas comuns, além de aumentar o diálogo político Sul-Sul. Como resultado desse encontro, a CTPD ganhou ainda mais destaque nos programas regionais da Cepal.

A Cooperação Técnica Internacional em Saúde

Na área da saúde, a história não foi muito diferente. Segundo Félix Rigoli, os países desenvolvidos e os organismos internacionais decidiram, já nos anos 50, promover um tipo de cooperação em saúde baseado no financiamento de programas focados no combate de doenças específicas. Era a Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD), motivada pela ‘caridade’ dos países ricos.

No final da Guerra Fria, quando se questionou o papel das Nações Unidas e o reordenamento da ordem internacional, a AOD passou por mudanças. Nesse momento, as ‘caridades privadas’ começaram a substituir a cooperação internacional conduzida por organismos intergovernamentais. A emergência de novos líderes globais, como Brasil, Rússia, Índia e China, por exemplo, ofereceu uma oportunidade de recuperar o espírito terceiro-mundista da CTPD. “Foi uma nova fase da cooperação internacional: os novos líderes aprenderam com a experiência passada e criaram uma sinergia que não é nem dominação nem caridade”, avalia Rigoli.

Tipos de Cooperação Técnica Internacional

Não existe uma única tipologia para classificar as diferentes modalidades de Cooperação Técnica Internacional (CTI). É possível, no entanto, identificar algumas categorias específicas vigentes na atualidade. A cooperação é definida como **bilateral** quando é um acordo entre dois países, mediante suas respectivas agências oficiais, financeiras ou técnicas. É **multilateral** ao se realizar entre um país e organismos internacionais multilaterais (bancos de desenvolvimento, agências e instâncias da ONU, etc.).

Já a cooperação **horizontal** (ou CTPD) é feita quando os países que participam são duas ou mais nações em desenvolvimento. A Opas, por exemplo, tem aprovado, desde 1998, mais de 200 projetos de CTPD em áreas tais como controle de doenças, gerenciamento de riscos, saúde ambiental, saúde familiar e comunitária, serviços de saúde, emergências e desastres, e ajuda humanitária. A Cooperação **triangular** consiste na associação de uma fonte bilateral ou multilateral e um país de desenvolvimento médio, outorgante da cooperação horizontal, para gerar conjuntamente ações em favor de uma terceira nação (beneficiária). O 'Fórum de Cooperação Triangular México – África em Educação e Saúde', organizado pelo Ministério das Relações Exteriores do México, com o apoio de agências, fundos e programas da ONU, para fortalecer a cooperação com os países africanos no nível bilateral e regional, é um exemplo desse modelo.

Por fim, a cooperação **descentralizada** ou **não-governamental** é feita por instituições da sociedade civil. Ela engloba a CTI **descentralizada pública**, que é realizada pelos governos locais e regionais. O Chile, pioneiro nessa modalidade na América Latina, tem mais de 80 acordos de cooperação em ciência e tecnologia e desenvolvimento social, assinados entre governos locais do país e 16 nações do mundo ou organismos multilaterais.

Nos países latino-americanos, a cooperação Sul-Sul foi fortalecida na área da saúde, já que os 'doadores' tradicionais do Norte, devido às pressões internacionais, decidiram priorizar outras regiões do mundo. Assim, entre 1998 e 2003, a Opas aprovou 175 projetos de cooperação em saúde assinados entre diversos países da América Latina e do Caribe. "O desafio foi estimular as redes entre países e solicitar às instituições que aprendessem a fazer cooperação horizontal", lembra Rigoli. Para ele, uma das vantagens da região das Américas para a cooperação técnica é, dentre outras coisas, o fato de não haver muita diferença entre países ricos e pobres. Ele cita como exemplo a modalidade de cooperação internacional chamada TC41 e as múltiplas triangulações que o Brasil, Canadá, Opas, Organismo Andino de Saúde e os demais países do Cone Sul têm

O TC 41 é um termo técnico de cooperação celebrado entre o ministério da saúde do Brasil e a Opas Brasil, que tem como objetivo a cooperação técnica de dupla via entre a Opas e a Fiocruz, visando à disseminação de conhecimentos e recursos combinada com a implementação de experiências inovadoras e o desenvolvimento de instituições afins, no Brasil ou em outros países.

Dez características da cooperação Sul-Sul

- 1) Semelhança nos desafios de desenvolvimento enfrentados pelos países no nível local e global
- 2) Aspirações e experiências comuns na construção e desenvolvimento nacionais
- 3) Semelhanças históricas e vínculos culturais
- 4) Proximidade geográfica
- 5) Vantagens demográficas
- 6) Marcos de cooperação institucionais regionais e inter-regionais já estabelecidos
- 7) Disponibilidade relevante de capacidades de desenvolvimento
- 8) Respeito à soberania e ao benefício mútuo
- 9) Filosofia de 'ajudar o vizinho', em contraposição à idéia de 'ajudar por caridade'
- 10) Maioria numérica de países do sul em todos os fóruns globais

Fonte: Sistema Econômico Latino-americano (Sela)

conseguido fazer nos últimos dois anos. "Conseguimos formar centenas de líderes em recursos humanos, unificar critérios e criar laços entre 15 países para reformar as direções ou unidades de RH nas Américas, desenvolver uma rede de pesquisadores em recursos humanos que se vincula através de protocolos comuns de internet na área andina e no Brasil, apoiar a cooperação do Brasil na formação de técnicos no Paraguai e a Bolívia, e integrar dezenas de centros acadêmicos no Campus Virtual de Saúde Pública. Avançamos muito em pouco tempo", comemora. 📌

Cooperação Técnica promove troca de experiências entre Bolívia, Brasil e Paraguai

A necessidade de atualizar os técnicos e auxiliares aptos a cobrir os desafios do setor de saúde e seus sistemas na América do Sul levou escolas do Brasil, Bolívia e Paraguai a se unirem e planejar, em 2005, o Projeto de Cooperação Técnica entre Países, TCC na sigla em inglês – Technical Cooperation Among Countries. O trabalho conjunto foi aprovado pelo Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) na Região das Américas em maio de 2006, com o título de ‘Colaboração Interinstitucional para o Fortalecimento da Formação de Técnicos e Auxiliares como Atores Essenciais da Atenção à Saúde’.

O objetivo era trocar experiências e intensificar a cooperação entre países do Mercosul, visando à melhoria dos seus sistemas de saúde, além de fortalecer a Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS).

Além da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), participaram do projeto, na Bolívia, a Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina (ETSBJCA); no Brasil, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) e, no Paraguai, o Instituto Nacional de Salud (INS). Posteriormente, outras instituições governamentais dos três países foram incorporadas, como o Ministério da Saúde do Paraguai, através do seu departamento de Bioestatística; do Ministério de Educação do Paraguai; dos Institutos Técnicos vinculados ao INS; da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde do Brasil; e da Escuela Técnica de Salud Del Chaco Boliviano – Tekove Katu.

Uma das principais ações do TCC foi a cooperação entre a EPSJV e o INS na área de Registros e Informações em Saúde. Em dezembro de 2006 e em agosto de 2007, um grupo de pesquisadores da escola brasileira foi à instituição do Paraguai para assessorar a criação do primeiro curso do país nessa área, articulado à implantação do Sistema Nacional de Informações em Saúde (Sinais). “Ao saber onde estão as falhas do sistema, o governo pode atuar nas áreas que precisam mais urgentemente de investimento. Se esses indicadores não existem, a política do país fica perdida. Daí a importância de um curso como esse que, no Paraguai, foi implantado como parte de uma política maior na área de saúde (O Sinais), e abriu a possibilidade de estruturação dos serviços de informação”, explica Ana Margarida Barreto, professora-pesquisadora da EPSJV que participou da missão.

Como parte do trabalho conjunto, os profissionais envolvidos trocaram informações sobre a organização dessa formação nos dois países. A principal diferença identificada, segundo Ana Margarida, é o fato de a formação nessa área se dar em nível médio, no Brasil, e em nível superior, no Paraguai.

Em Cochabamba, na Bolívia, foram realizadas oficinas de revisão e atualização do curso de Informação e Registros em Saúde que já existia no país, de elaboração do desenho e validação do Curso de Manutenção de Equipamentos em Saúde, e uma última, dirigida a processos de incorporação de aspectos Interculturais e de Medicina Tradicional nos diferentes cursos realizados pela ETSBJCA.

Já no Paraguai, as oficinas se encarregaram da revisão e adequação dos cursos de auxiliares e técnicos em Enfermagem, que contou com a participação de um profissional do Ministério da Saúde do Brasil e um da Escola Técnica de Saúde da Bahia (Brasil), da elaboração e validação do Curso de Informação e Registros em Saúde no INS e da elaboração do desenho e validação do Curso de Manutenção de Equipamentos em Saúde.

Tanto na Bolívia quanto no Paraguai, foram realizadas oficinas sobre elaboração do material didático e atualização em metodologia educativa, planificação curricular, desenho e programação educativa, monitoramento de avaliação

da aprendizagem. Além disso, a EPSJV doou material didático (livros e textos) à ETSBJCA, da Bolívia, e ao INS, do Paraguai.

Novas perspectivas

Em outubro de 2007, foi realizada, no Brasil, uma reunião de avaliação dessa primeira fase do TCC. Com representantes dos três países, além da OPS, o encontro considerou cumpridos os objetivos assumidos entre os três países, e decidiu pela elaboração de um novo TCC para o aprofundamento do trabalho e a inclusão de ações de cooperação em outras áreas de formação de técnicos em saúde. Para essa nova fase do TCC, foram pactuadas outras atividades, com prioridade para as áreas de Informações e Registros em Saúde, Manutenção de Equipamentos de Saúde, Vigilância em Saúde, além da discussão sobre Atenção Primária em Saúde, que perpassa todas elas. Outras demandas apontadas foram no campo da formação e regulação do trabalho de profissionais de base comunitária e a troca de experiências sobre saúde indígena e interculturalidade, além da discussão mais estruturante sobre as concepções de educação de técnicos em saúde de nos países envolvidos.

Durante a reunião, a representante do Ministério da Saúde e Esportes da Bolívia, Miryam Gamboa, ressaltou que a construção de um novo modelo de atenção baseada na saúde familiar e comunitária, que respeite as diferenças culturais, é prioridade do projeto de reestruturação política do país. Segundo ela, a cooperação viabilizada pelo TCC é de fundamental importância porque uma das principais estratégias para essa mudança é a formação dos trabalhadores que já atuam no sistema. 📌

Programa para redução da Malária

Em setembro deste ano, 36 profissionais da área de saúde de Angola realizaram um curso que visa a melhorar o sistema de notificação de casos no país.

O curso, que traz conteúdo técnico, como a definição da doença em áreas de risco e informações epidemiológicas, também apresenta noções sócio-políticas que poderiam colaborar para o controle da malária, ações da educação e da mobilização social e a contribuição específica dos diversos parceiros do governo envolvidos na luta contra a doença.

Ação faz parte do esforço de Angola para melhorar a vigilância, monitoria e avaliação de dados estatísticos, com a finalidade de reduzir as taxas de mortalidade.

O coordenador nacional da Malária do país, Filomeno Fortes, disse, em entrevista ao site Angola Press, que reduzir o impacto da malária em 60% até 2012, melhorando as intervenções de controle, é um dos principais objetivos do governo angolano. O número de casos, que era de cerca de 3 milhões, em 2003, diminuiu para 2 milhões, em 2007.

ETSBJCA realiza cursos de capacitação

A Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina (ETSBJCA), na Bolívia, realizou, em junho deste ano, o curso para Técnicos Médios em Estatísticas em Saúde. O curso foi efetuado no horário da tarde para permitir aos alunos que continuassem trabalhando no horário da manhã. De acordo com a diretora da Escola, Rosario Polo, o currículo do curso foi ampliado e melhorado a partir da troca de experiências com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, do Brasil, em 2006.

Em abril, a Escuela promoveu ainda um curso para ensinar os trabalhadores dos aeroportos a tirarem radiografias de pessoas suspeitas de portarem drogas no estômago. Se quiserem continuar a formação, esses funcionários podem completar o curso para Técnicos Médios em Raio-X. O curso, que teve duração de três meses, foi uma demanda da Força Especial de Luta Contra o Narcotráfico da Bolívia.

Cooperação institucional entre Cuba e Costa Rica

No mês de outubro de 2008, dois professores da Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica, visitaram a Facultad de Tecnologías de la Salud del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba, com o propósito de compartilhar experiências de formação e investigação na área de Tecnologías em Saúde. Com a visita, espera-se fortalecer as relações entre as duas instituições através de um convênio que permita desenvolver atividades e compartilhar experiências.

Sena lança programa de doação de sangue

Foi lançado pelo Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena), no último dia 15 de agosto, em Bogotá, um programa de formação de 360 horas de duração para certificar Promotores da Doação Voluntária de Sangue, no marco da aliança com a Dirección de Bancos de Sangue do Instituto Nacional de Saúde da Colômbia.

O programa, que é realizado através do Centro de Formación de Talento Humano en Salud e é registrado na modalidade de Formação Complementária, foi dirigido a bacharéis, auxiliares de enfermagem e profissionais da saúde vinculados a instituições que realizam trabalhos nos bancos de sangue do país.

As normas de competência e a estrutura do programa de formação foram resultados de um trabalho conjunto entre profissionais do Sena e da Coordinación Nacional de la Red de Bancos de Sangre, localizada no Instituto Nacional de Saúde; e visam a fomentar a cultura da doação voluntária como responsabilidade social.

Fórum debate formação de técnicos em Saúde no Paraguai



Foi realizado, no último dia 30 de outubro, o Primeiro Fórum Nacional de Educação Superior em Saúde, com o apoio do Ministério da Educação e Cultura e do Instituto Nacional de Saúde do Paraguai.

O objetivo foi promover discussões sobre os desafios da educação superior, seu marco regulatório e a articulação com o mercado de trabalho.

O fórum, que ocorreu na cidade de Ypacaraí, foi organizado por instituições inscritas na Asociación de Instituciones Técnicas en Salud del Paraguay, dentre as quais está o Centro Educativo Superior.

Convenção 'Tecnologia e Saúde' promove debates

Será realizada, entre 23 e 27 de março de 2009, a primeira Convenção 'Tecnologia e Saúde', no Palácio de las Convenciones de La Habana, em Cuba.

O evento, realizado pela Faculdade de Tecnologia da Saúde, do Instituto Superior de Ciências Médicas de La Habana e pelo Ministério da Saúde Pública, tem como finalidade reunir os profissionais vinculados às tecnologias do campo da saúde para debater sobre aspectos de interesse, contribuindo com o desenvolvimento de serviços de ensino e serviços assistenciais de qualidade.

Para mais informações, os interessados podem entrar em contato com os organizadores através dos telefones da Facultad de Tecnología de la Salud (FATESA): (537) 406505 e (537) 410664, ou através do e-mail dos organizadores: daimary.mendoza@infomed.sld.cu (Dra. Daimary Mendoza Rodríguez, vice-presidente do Comitê Organizador); arencibia@palco.cu (M. Sc. Dr. Rodolfo Arencibia Figuerosa, organizador profissional do Congresso).

Os telefones do Palacio de Convenciones de La Habana são (537) 2087541 e (537) 2026011. O fax é (537) 2028382.

OMS lança Boletim Eletrônico em Moçambique

O escritório de representação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de Moçambique lançou um Boletim Eletrônico trimestral para divulgar algumas das ações realizadas pelo governo em colaboração com os seus parceiros de Desenvolvimento na área da saúde.

O objetivo é compartilhar informações com profissionais e instituições do setor da saúde e organismos afins, bem como parceiros nacionais e internacionais e a sociedade civil.

O primeiro boletim apresenta nove matérias cuja finalidade é despertar o interesse dos leitores no sentido de colaborar na promoção e prevenção da saúde e na luta contra doenças como a mortalidade materna e neonatal e a malária, além de reforçar a parceria para a saúde.

Nessa edição, são abordados temas como a adesão de Moçambique à aliança mundial para a segurança do doente e informações sobre o plano estratégico do Ministério da Saúde do país de prevenção e controle de doenças não transmissíveis.

Para ler o boletim, acesse http://www.who.int/countries/moz/publications/ebulletin_march_june_2008.pdf

EPSJV lança curso de Técnico de Agente Comunitário em Saúde

No dia 1º de outubro de 2008, teve início o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV). Resultado de uma parceria da EPSJV com o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), da Fiocruz, e com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o curso é um projeto-piloto que tem como alunos os ACS que trabalham no Centro de Saúde da Ensp, vinculados à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. "Incorporamos a perspectiva dos trabalhadores nesse curso desde a sua formulação, já como metodologia desse projeto-piloto", explica a coordenadora Márcia Valéria Morosini.

Dividido em três módulos que levarão o trabalhador à habilitação técnica, o curso pretende incentivar pesquisas relacionadas a esse tema e colaborar no desenvolvimento de experiências e relatos que possam ser compartilhados com as demais Escolas Técnicas do SUS, responsáveis pela formação dos ACS em todo o país. A aula inaugural do curso foi proferida por Tereza Ramos, presidente da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde do Brasil.



III Expoesp debate temas sobre saúde pública

A Escola de Saúde Pública do Ceará, Brasil, realizou, no dia 3 de setembro deste ano, a 'III Expoesp'. Participaram do evento cerca de 500 estudantes de graduação, pós-graduação e profissionais da área da saúde. Houve ainda inscrição e apresentação de trabalhos.

A Expoesp reuniu mais de 50 conferencistas de instituições de todo o país, abordando temas relacionados ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde brasileiro, que completou 20 anos em 2008.

Na mesa-redonda 'Formação e capacitação de recursos humanos para o SUS', houve uma discussão específica sobre o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps).

Cooperação internacional na Colômbia

A Fundación Universitaria Del Área Andina realizará, em outubro de 2009, o XXII Congresso del Alasbimn (Asociación Latinoamericana de Sociedades de Biología molecular y Medicina Nuclear), na cidade de Cartagena de Índias (Colômbia). O evento ocorrerá no Centro de Convenciones de Cartagena de Índias.

Congresso reúne trabalhadores de toda a América Latina

A Escuela de Tecnologías en Salud de la Facultad de Medicina da Universidad de Costa Rica e a Asociación Costarricense de Tecnólogos en Imágenes Médicas de Costa Rica promoveram, em setembro deste ano, o 'XI Congresso da América Latina e Caribe e II Congresso Nacional de Profissionais em Imagens Médicas'. O evento teve o apoio da Associação Latino-Americana e do Caribe de Tecnólogos em Imagens Médicas. O congresso reuniu cerca de 400 tecnólogos na área, provenientes de toda a América Latina. O objetivo foi promover a educação contínua e atualização dos profissionais em Imagens Médicas nas diferentes áreas da sua formação.

Seminário discute 20 anos do Sistema Único de Saúde brasileiro

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) realizou, entre os dias 9 e 11 de setembro, o seminário 'Estado, sociedade e formação profissional em saúde - 20 anos do Sistema único de Saúde: contradições e desafios'. O evento teve cinco mesas temáticas e dez palestrantes que promoveram discussões a respeito da atual situação do SUS e das políticas públicas no Brasil e no mundo, duas décadas após ser promulgada a Constituição Federal brasileira, de 1988. Entre os palestrantes estavam o pesquisador Emir Sader, coordenador do Conselho Latino Americano de Ciências Sociais (Clacso), Jairnilson Paim, professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e Sergio Lessa, professor de filosofia da Universidade Federal de Alagoas.

No último dia do seminário, a EPSJV lançou dois livros: 'Mercado do conhecimento e o conhecimento para o mercado - da formação para o trabalho complexo no Brasil Contemporâneo', das pesquisadoras Lúcia Neves e Marcela Pronko e 'Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS', uma coletânea dos textos apresentados no seminário organizada por Gustavo Matta e Júlio Lima.

Globalization and Health (Globalização e Saúde)

Ichiro Kawachi e Sarah Wamala - Oxford University Press

Neste livro, Ichiro Kawachi, professor de epidemiologia social da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, e Sarah Wamala, diretora geral do Instituto Nacional de Saúde Pública da Suécia e professora de medicina social do Instituto Karolinska, falam sobre os avanços, problemas, desafios e oportunidades trazidos pela globalização para a área da saúde.

Os autores analisam as ameaças médicas mais comuns a esse novo contexto e as ferramentas utilizadas para avaliá-las. Explicam também como os impactos sócio-políticos influenciam na saúde da população. Além disso, avaliam o papel de instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial no setor sanitário.

Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina (Transformações sociais e sistemas de saúde na América Latina)

Editado por *Betty Espinosa e William Waters - Flacso Equador, Série 50 anos*

As características do desenvolvimento dos sistemas de saúde da América Latina são abordadas neste livro pelos pesquisadores que participaram do Congresso Latino-Americano e Caribenho de Ciências Sociais, realizado em Quito em outubro de 2007 para comemorar os 50 anos da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso).

Organizado por Betty Espinosa, professora da Flacso do Equador, e William Waters, co-diretor do Instituto de Pesquisa em Saúde e Nutrição da Universidade São Francisco de Quito, o livro tem seus artigos divididos em três partes: sistemas e serviços de saúde no Equador e na América Latina, políticas de saúde e prestação de serviço no âmbito nacional e internacional e práticas nas profissões de saúde.

Os autores fazem uma análise das diversas respostas dadas nas últimas duas décadas pelos países latino-americanos para os problemas de saúde da sua população. Como explicam em seus artigos, as políticas sanitárias vão desde o fortalecimento do poder público no setor, passando pela descentralização ou municipalização, até a privatização da assistência. Além disso, lembram que em muitos lugares a biomedicina e as práticas alternativas coexistem.

As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde - Editora Fiocruz

Esta publicação é o relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde brasileira, criada em março de 2006 e cuja Secretaria Executiva está sediada na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), instituição do Ministério da Saúde do Brasil. A Comissão, com 16 integrantes, é formada por gestores da área da saúde, professores-pesquisadores, sanitaristas, artistas, profissionais de saúde e outros representantes de organizações civis.

O livro traz dados sobre o impacto dos determinantes sociais sobre a saúde da população brasileira e faz recomendações, fundamentadas em análises aprofundadas da situação sanitária e das ações que já estão sendo realizadas na área, para que as iniquidades no setor saúde sejam superadas.

Atenção Primária está no centro da agenda mundial

A Organização Mundial da Saúde (OMS) comemora os 30 anos da Conferência de Alma-Ata, no Cazaquistão, relembrando seus ideais ao chamar a atenção do mundo novamente para a importância da atenção primária em saúde. Foi esse o tema do relatório anual de 2008, intitulado 'Atenção Primária: agora mais do que nunca'. O apelo da OMS é que os sistemas de saúde comecem a se organizar a partir do primeiro nível de assistência e atinjam a cobertura universal. "Esse informe recupera a perspectiva ambiciosa da atenção primária como o conjunto de valores e princípios que orientam o desenvolvimento dos sistemas de saúde. É uma oportunidade para identificar os problemas e reduzir as defasagens entre as aspirações e a realidade. Chegou a hora, hoje mais do que nunca, de fomentarmos o intercâmbio de experiências entre países e de traçarmos uma rota mais direta para garantir a saúde para todos", escreveu Margaret Chan, diretora geral da OMS.

Segundo o documento, as respostas dos países em relação à atenção primária têm sido "lentas e inadequadas". Isso porque a maioria deles tem um modelo de saúde fragmentado, comercial e hospitalocêntrico. "O foco nos hospitais e nos especialistas tem tornado o sistema ineficiente e desigual", diz o relatório.

Essa focalização da assistência foi iniciada nos anos 80, quando a atenção primária passou a ser feita a partir de um "pacote básico de intervenções", já que o objetivo dos governos neoliberais era o de reduzir custos sociais. A preocupação era com o combate de um número reduzido de doenças – principalmente infecciosas -, a saúde materno-infantil e a melhoria do abastecimento de água e saneamento. De acordo com a OMS, é preciso acabar com "a centralidade em uma oferta restrita a atenção curativa especializada; a fragmentação dos serviços; e a não intervenção dos governos, que abre espaço para a assistência comercial".

Quatro orientações

Para que aconteçam reais mudanças na situação sanitária mundial, o estudo da OMS indica a realização de uma alteração estrutural baseada em quatro pontos principais: garantia de sistemas de saúde que contribuam para a equidade sanitária, a justiça social e o fim da exclusão, em prol da cobertura universal; organização dos serviços pela atenção primária, isto é, em torno das necessidades e expectativas das pessoas; elaboração de novas políticas públicas; e fim da falta de controle do Estado, dando lugar a uma liderança capaz de enfrentar a complexidade dos problemas de saúde. O mais importante, porém, é a universalização dos serviços, que dará condições para que as outras ações sejam feitas em seguida. "Esse é o objetivo prioritário, como há 30 anos", diz a OMS.

Mas a Organização Mundial de Saúde lembra que a solução apenas começa na atenção primária. "Ela pode contribuir em grande medida para melhorar a saúde das comunidades, mas não basta para garantir a equidade sanitária. É preciso que os governos adotem uma série de políticas públicas para enfrentar os desafios da área da saúde, diz o relatório anual.

De acordo com o documento, a universalização do sistema de saúde e a mudança nas demais políticas públicas não podem ser feitas, porém, da mesma maneira em todos os países. "Nos países com gastos elevados com a saúde, caso de quase todos os países desenvolvidos, há ampla margem financeira para acelerar a mudança do enfoque da atenção terciária para a primária, regular o sistema de maneira saudável, e reduzir a exclusão a partir de uma assistência universal. O

desafio é muito maior para os 2 bilhões de pessoas que vivem nos países da África e Ásia oriental, onde o setor saúde cresce lentamente, e para os 500 milhões que moram em Estados frágeis. E esses lugares têm a necessidade, mais do que outros, de começar a mudança na atenção primária imediatamente", avalia a OMS.

'Agora, mais do que nunca'

Segundo o relatório, o mundo passa por um momento propício para mudanças reais nas condições sanitárias da população. "A saúde mundial é objetivo de atenção sem precedentes, destacando-se o aumento dos pedidos por uma atenção integral e universal. Há sinais claros e positivos do desejo de colaborar para o estabelecimento de sistemas sustentáveis para a saúde, em lugar dos enfoques parciais e fragmentados". A melhoria da situação econômica dos países também deve contribuir para as mudanças: "O crescimento do PIB – certamente vulnerável a desaceleração da economia, a crise energética e dos alimentos, e ao aquecimento global – está impulsionando o gasto sanitário no mundo inteiro.

Além disso, segundo a OMS, nos últimos dez anos, a comunidade mundial tem se ocupado com a pobreza e a desigualdade de forma mais sistemática. "Um exemplo é o estabelecimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a formulação das políticas sociais levando em conta as desigualdades. Isso abre a oportunidade para uma maior eficácia na ação sanitária e a criação das condições necessárias para estabelecer alianças sólidas fora do setor saúde. As ações intersectoriais voltam a ser protagonistas".