

**Trabalhar em conjunto em prol da Saúde**



**Dia Mundial da Saúde — 2006**

**CONJUNTO DE PROMOÇÃO**



**World Health  
Organization**

Ideia do Logotipo e plano do documento: Tuuli Sauren,  
World Health Communication Associates

Crédito pelas fotografias: Todas © OMS excepto:

© ICN: The International Council of Nurses (Sítio Web: [www.icn.ch](http://www.icn.ch))

© AFP 2005 e © Ken Malanin: por cortesia da Associação Médica Mundial. A Associação Médica Mundial (AMM) autoriza a utilização de fotografias escolhidas da campanha Caring Physicians of the World, patrocinada por Pfizer Medical Humanities Initiative. O material é tirado de *Caring physicians of the world* (WMA web site [www.wma.net](http://www.wma.net)).

### © Organização Mundial de Saúde 2006

Todos os direitos reservados.

As publicações da Organização Mundial de Saúde podem ser pedidas a: WHO Press, Organização Mundial de Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Os pedidos de autorização para reprodução ou tradução das publicações da OMS – para venda ou para distribuição não comercial - devem ser endereçados a Publicações, mesmo endereço (fax: : +41 22 791 4806; e-mail: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial de Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou zona, nem de suas autoridades, nem tampouco questões de demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam fronteiras aproximativas sobre as quais pode ainda não existir acordo completo.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial de Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Com excepção de erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registada.

A Organização Mundial de Saúde tomou todas as precauções razoáveis para verificar as informações contidas nesta publicação. Contudo, o material publicado é distribuído sem qualquer garantia, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização do material cabe ao leitor. A Organização Mundial de Saúde não será em nenhum caso responsável por danos causados pela sua utilização.

Impresso na Bélgica por Edition & Imprimerie, Bruxelas.



## CONJUNTO DE PROMOÇÃO

## Índice

Prefácio	3
Dia Mundial da Saúde de 2006 – Uma mensagem do Director-Geral	5
Introdução e principais mensagens	6-10
Prioridades para acção	16
1. Formar e preparar trabalhadores de saúde	16
2. Apoiar e proteger os trabalhadores de saúde	24
3. Melhorar a eficácia do pessoal de saúde	38
4. Procurar resolver desequilíbrios e injustiças	46
Agir em conjunto a nível nacional e mundial	54
Dar a conhecer as mensagens do Dia Mundial da Saúde de 2006	60
Anexos	64
A: O que é que a OMS pode fornecer aos organizadores das manifestações do Dia Mundial da Saúde de 2006?	64
B: Fontes essenciais para preparação de material e actividades do Dia Mundial da Saúde de 2006	66
C: Contactos na OMS para informações	68





## Prefácio

O Dia Mundial da Saúde é a principal manifestação anual da Organização Mundial da Saúde. Desde 1950 que todos os anos é celebrado no dia 7 de Abril para sensibilizar a questões específicas de saúde mundial. O tema deste ano – *Trabalhar em conjunto em prol da saúde* – chama a atenção para o trabalho difícil e muitas vezes inspirador do pessoal de saúde. No Dia Mundial da Saúde de 2006, a OMS publicará o seu *Relatório Mundial da Saúde de 2006* que terá o mesmo tema. Com o apoio do Governo da Zâmbia e outros parceiros importantes, a OMS também anunciará uma nova aliança mundial para recursos humanos para a saúde em Lusaka. Esta aliança trabalhará para harmonizar os esforços internacionais nesta área de importância vital. Estes e outras manifestações irão reunir decisores importantes, líderes em direitos humanos e especialistas sanitários nesta área. Realizar-se-á então uma campanha de acção para promover condições de trabalho justas e seguras para os trabalhadores de saúde, e melhorar a eficácia do pessoal de saúde.



Como parte de tais actividades, este conjunto de promoção do Dia Mundial da Saúde de 2006 esboça a importância crucial do pessoal de saúde e identifica as questões e prioridades essenciais para acção que os países e os seus parceiros em todos os sectores podem tomar. O conjunto de promoção será actualizado de maneira contínua utilizando retroinformações provenientes dos seus utilizadores. Todas as actualizações e outras informações estarão disponíveis no sítio Web do Dia Mundial da Saúde de 2006 – [www.who.int/world-health-day/2006](http://www.who.int/world-health-day/2006).

Dr Tim Evans  
Vice-director Geral  
Evidência Científica e Informação  
para Políticas Organização Mundial de Saúde





## **Dia Mundial da Saúde de 2006 – Mensagem do Director-Geral**

O Dia Mundial da Saúde de 2006 fornece a todos nós uma oportunidade para celebrar a contribuição excepcional do pessoal de saúde em prol da saúde e do desenvolvimento humano. Se for possível obter progresso nas áreas prioritárias de acção esboçadas neste conjunto de promoção, e se for possível reforçar a confiança do público em sistemas de saúde, ou relançá-la onde esta tenha sido perdida, os ganhos potenciais em saúde e bem-estar serão incalculáveis.



Em todo o mundo, os sistemas nacionais de saúde estão a ter dificuldades para formar, manter e reter o seu pessoal de saúde. Nos países desenvolvidos, com o envelhecimento da população e o aumento de doenças crónicas, a procura de pessoal aumenta constantemente. Esta necessidade é cada vez mais satisfeita com recrutamento de pessoal formado proveniente de países em desenvolvimento; uma tendência que exacerba a escassez de tais recursos nestes países.

Sem uma força de trabalho forte, os progressos em cuidados de saúde não podem atingir nem beneficiar quem deles necessita. Maneiras eficazes de evitar e tratar doenças exigem avaliação, prestação e controlo por pessoal de saúde. A carência de tal pessoal põe em perigo a capacidade para responder à ameaça de gripe humana pandémica, os esforços mundiais para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, e todos os nossos esforços para combater doenças prioritárias. Esta carência não se limita a profissionais de saúde, abrange também educadores e formadores, gestores e pessoal de apoio. Com recursos mal distribuídos, competências perdidas e não utilizadas, e migração de pessoal de saúde, a situação vai de mal a pior.

Existem soluções e procuram-se activamente outras novas. Maneiras inovadoras e eficazes para formar e preparar pessoal de saúde, parcerias privadas-públicas, políticas adequadas de financiamento e gestão, e experiências nacionais bem sucedidas ajudam-nos a aprender uns com os outros.

Convido-o a juntar-se à OMS para chamar a atenção para este problema crónico e criar apoio de forma a assegurar que os trabalhadores de saúde irão trabalhar onde são necessários, quando são necessários, com as competências devidas para proporcionar o mais alto nível possível de saúde a todas as pessoas em toda a parte.

*LEE Jong-wook*

Director-Geral, Organização Mundial de Saúde



## Introdução e principais mensagens

### Porquê concentrar-se no pessoal de saúde?

Os trabalhadores de saúde salvam vidas (*Diagrama 1*). Sem eles, os progressos em cuidados de saúde não podem atingir as pessoas que mais necessitam. Evitar e tratar doenças exigem avaliação, prestação e controlo por pessoal de saúde. Apesar disso, os sistemas nacionais de saúde em todo o mundo estão a ter cada vez mais dificuldades em formar, apoiar e reter o seu pessoal. Estes problemas ameaçam directamente os esforços mundiais para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) e enfrentar ameaças terríveis para a saúde tais como pandemias de gripe humana, epidemias de doenças crónicas e desastres. Além disso, a escassez de educadores e formadores, pessoal de apoio e gestores, e a perda de recursos disponíveis estão a agravar uma situação já em si crítica.

**Diagrama 1: Os trabalhadores de saúde fazem aumentar a sobrevivência de mães e crianças**



Fonte: OMS (2006). *The World Health Report 2006 – Working Together for Health*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (no prelo)

Não há dúvida que em muitas partes do mundo existe uma crise crescente em pessoal de saúde. A população mundial aumenta mas o número de trabalhadores de saúde está estagnado ou mesmo a diminuir. Isto é especialmente verdade em lugares com os mais graves problemas de saúde. Em todo o mundo em desenvolvimento, os trabalhadores de saúde enfrentam dificuldades económicas,



infra-estruturas de saúde em deterioração e agitação social. A pandemia de VIH/SIDA dizimou tanto os trabalhadores de saúde como os doentes. Isto intensificou imenso a necessidade de evitar a infecção por VIH entre o pessoal de saúde e de fornecer tratamento anti-retroviral ao pessoal já infectado. Nos países desenvolvidos, um aumento dos problemas de saúde crónicos entre populações envelhecendo, provocou uma procura crescente de trabalhadores de saúde. Como esta procura está cada vez mais a ser satisfeita com o recrutamento activo de trabalhadores formados provenientes de países em desenvolvimento, a carência de recursos humanos habilitados nos países mais pobres ainda se agravou mais.

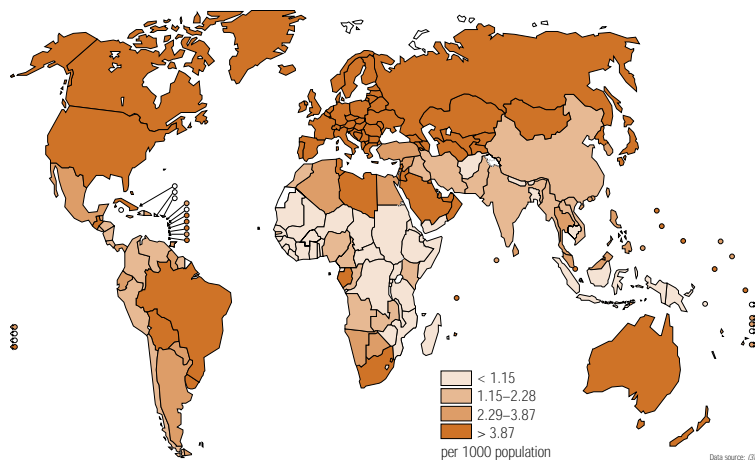
Em todo o mundo, os sistemas de saúde enfrentam agora uma crise tripla de penúria de pessoal, desmoralização e falta de confiança. A OMS calcula que actualmente em todo o mundo, o pessoal de saúde totaliza 59 milhões de homens e mulheres. Há 39,5 milhões de prestadores de serviços de saúde e mais de



19,5 milhões de pessoal de gestão e apoio. Calcula-se que o mundo tem falta de mais de 4 milhões de médicos, parteiras, enfermeiros, farmacêuticos, dentistas e pessoal de apoio. Décadas de cortes em custos e investimentos insuficientes em saúde também resultaram em condições de trabalho realmente terríveis para muitos trabalhadores de saúde. O estado de espírito e o desempenho de pessoal de saúde sobrecarregado, mal pago e sem protecção, declinaram nitidamente. O resultado é que muitos trabalhadores de saúde sentem que não podem continuar a trabalhar em tais condições. Isto resultou em perda de pessoal, deterioração de serviços de saúde e perda de confiança do público nos sistemas de saúde.

O *Diagrama 2* mostra que é na África subsariana que se encontra a mais pequena concentração de trabalhadores de saúde e a maior penúria.

**Diagrama 2: Distribuição de prestadores de cuidados de saúde (Médicos, enfermeiros e parteiras)**



Este mapa apresenta fronteiras actuais aproximativas

Fonte: OMS (2006). *The World Health Report 2006 – Working Together for Health*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (no prelo)

Existem soluções para estes problemas e procuram-se activamente outras novas. Maneiras inovadoras e eficazes para formar, apoiar e dirigir pessoal de saúde, e encorajar parcerias privadas-públicas, já estão a recolher benefícios. Nos últimos anos, a OMS e os seus parceiros introduziram na agenda política questões relacionadas com o pessoal de saúde. Para reforçar os esforços feitos nesta área, o Dia Mundial da Saúde de 2006, o *World Health Report 2006*, e este conjunto de

promoção foram alinhados pelo tema principal *Trabalhar em conjunto em prol da saúde*. Espera-se que isto encorajará todas as partes interessadas – decisores, doadores internacionais, políticos, profissionais de saúde, órgãos académicos, sociedade civil, organizações religiosas, os media – a se unir e a trabalhar em conjunto para reforçar o pessoal de saúde.

O que se segue são as linhas gerais de quatro áreas de acção prioritárias. Estas foram organizadas segundo uma abordagem de “duração de vida de trabalho”, que enfoca estratégias nas várias fases da vida de trabalho, desde a entrada no seio do pessoal, através do tempo de trabalho, e saída. As quatro prioridades para acção implicam formar e preparar trabalhadores de saúde; apoiá-los e protegê-los; melhorar a sua eficácia; e procurar resolver desequilíbrios e injustiças. Cada área prioritária descrita a seguir é ilustrada com quadros, gráficos, exemplos e histórias de países – reflectindo vozes e experiências de trabalhadores de saúde..



## PRINCIPAIS MENSAGENS DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE DE 2006

1. **Trabalhadores de saúde formados e bem treinados salvam vidas** – Estas pessoas são vitais para dar acesso a prevenção e tratamento de doenças, e cuidados de saúde a todas as pessoas, incluindo as que vivem em pobreza extrema.

*Ver secção 1 Formar e preparar trabalhadores de saúde*

2. **Apoio e protecção dos trabalhadores de saúde** – As condições de trabalho devem ser seguras e favoráveis, e os salários, os recursos e a gestão das estruturas devem ser melhorados.

*Ver secção 2 Apoiar e proteger os trabalhadores de saúde*

3. **Melhoria da eficácia do pessoal de saúde graças a novas estratégias** – Em muitos contextos existem enormes oportunidades para melhorar a eficiência, e as estratégias devem ser orientadas para o pessoal de saúde existente devido ao tempo que leva a recrutar ou preparar novos trabalhadores de saúde.

*Ver secção 3 Melhorar a eficácia do pessoal de saúde*

4. **Procura de soluções para resolver desequilíbrios e injustiças** – Existem agora desequilíbrios e injustiças em disponibilidade e migração de trabalhadores de saúde que enfraquecem seriamente a prestação justa e universal de cuidados de saúde.

*Ver secção 4 Procurar resolver desequilíbrios e injustiças*

5. **Os governos devem tomar a liderança** – Para se obter progressos em todas as áreas mencionadas, os governos devem tomar a liderança em planeamento, formulação e implementação das políticas necessárias.

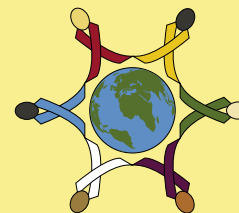
*Ver Agir em conjunto a nível nacional e mundial*

6. **Promoção de parceria e cooperação** – Para enfrentar devidamente os desafios técnicos e políticos do desenvolvimento de pessoal de saúde, há necessidade de alianças nacionais de partes interessadas, com apoio mundial e regional.

*Ver Agir em conjunto a nível nacional e mundial*

7. **Criação de confiança entre todas as partes interessadas** – A confiança entre governos, empregados, profissionais de saúde e as comunidades servidas deve ser fomentada.

*Ver Agir em conjunto a nível nacional e mundial*





© AFP 2005





## Prioridades para acção

### 1. Formar e preparar trabalhadores de saúde

Gostaria de poder continuar os meus estudos como pós-graduado. Se conseguir satisfazer a minha ambição de educação pós-graduação, não emigrarei – voltarei para aqui para servir a população local.

*Bernard Tshilenge Muswamba, técnico de laboratório, R.D. do Congo<sup>1</sup>*

Progressos rápidos em medicina, tecnologia e abordagens de tratamento de casos estão a alterar a mistura de competências exigidas para responder a necessidades de saúde actuais e emergentes. Combinar a mistura de competências dos trabalhadores de saúde com as necessidades de populações diversas é uma necessidade primordial para educação e formação bem sucedidas no campo da saúde.

A primeira exigência para um pessoal de saúde eficaz é ter trabalhadores em números suficientes e habilitados com as necessárias competências técnicas e outras. Também devem ser acessíveis e capazes de atingir doentes e populações diversas. Para se atingir esta primeira fase será necessário:

- **Planeamento abrangente** – para orientar a preparação de um conjunto suficiente de trabalhadores de saúde com a mistura apropriada de competências. Tal planeamento necessita concentração numa aplicação óptima de investimentos públicos e privados em educação e formação, e na gestão dos mercados de trabalho. As políticas de recrutamento e colocação devem ter por objectivo assegurar a aceitabilidade e a acessibilidade de trabalhadores de saúde, especialmente em termos de género, língua e compatibilidade étnica.
- **Investimentos do sector público em educação e formação** – para assegurar uma vasta gama de especialidades e realce para prevenção. Isto é especialmente verdade onde os serviços “curativos” orientados pelo mercado não prestam toda a gama de especialidades exigidas. Nesta área, a solução para financiamento bem sucedido será mobilizar o crescente sector privado em prol da formação em saúde, continuando ao mesmo tempo a atribuir fundos públicos suficientes para assegurar formação especializada e cobertura justa.

- **Criação de instituições fortes e respondentes** – para produzir pessoas formadas em saúde segundo tipos e números adequados. As 1.600 escolas médicas do mundo, as 375 escolas de saúde pública, as 880 escolas de farmácia e as 6.000 escolas de enfermagem não estão a formar os tipos indicados de trabalhadores em números suficientes para satisfazer as necessidades dos doentes. Perante a erosão acelerada da força de trabalho, estas instituições só fornecem pessoas formadas “em conta-gotas” para um balde furado. A formação de trabalhadores de saúde exige professores capazes e motivados, utilizando abordagens de ensino inovadoras para atingir estudantes provenientes de contextos socioculturais diferentes.
- **Reforço da regulamentação profissional** – graças a acreditação (autorização, certificação e registo) e investimento sensato de fundos públicos. Para se conseguir confiança generalizada, os governos devem assegurar a competência e qualidade dos organismos profissionais, apoiadas por regulamentação.

### O que é que os países podem fazer para formar e preparar trabalhadores de saúde?

Todos os países, pobres ou ricos, devem desenvolver planos nacionais abrangentes e actualizados para identificar carências em pessoal de saúde e obstáculos, e elaborar um consenso para acção conjunta. Os planos devem responder às necessidades em saúde e em pessoal (*Caixa 1*), assim como à natureza variável dos mercados do trabalho e as novas misturas de competências exigidas (*Caixa 2*). Em todas estas áreas, haverá necessidade de novas abordagens inovadoras. Entre as abordagens que já deram bons resultados em muitos países:

- adaptação de programas de educação e formação segundo as prioridades nacionais em saúde;
- melhoria da coordenação e planeamento entre os sectores da saúde, educação e finança;
- formação contínua e apoio para profissionais de saúde;
- diversificação dos papéis de trabalhadores de saúde;
- criação de novas categorias de trabalhadores de saúde, juntamente com novos programas de formação.

<sup>1</sup> Organização Mundial da Saúde, “Heroes for health”, Sede Regional Africana, 2006  
[www.who.int/features/2006/heroes/africa/en/index.html](http://www.who.int/features/2006/heroes/africa/en/index.html)





© AFP 2005

### Caixa 1: movimento em prol da saúde pública na Ásia do sudeste – iniciativas da região e novas escolas

Embora a Ásia do sudeste tenha quase um terço da população mundial, a região tem menos de 5% das escolas de saúde pública do mundo. Assim, há necessidade urgente de esforços para aumentar rapidamente a formação de profissionais em saúde pública. Em resposta, investidores nacionais, regionais e internacionais estão agora a alinhar os recursos e a vontade política necessárias para desenvolver abordagens novas e inovadoras. Em 2004, foi lançada a Iniciativa em Saúde Pública da Ásia do Sudeste com o objectivo de:

- posicionar a saúde pública no topo das agendas nacionais e da região;
- reforçar a educação em saúde pública;
- melhorar a cooperação técnica no desenvolvimento de instituições nacionais de formação em saúde pública;
- estabelecer uma rede de instituições de formação em saúde pública; e
- ajudar os países a definir um conjunto apropriado de funções essenciais em saúde pública.

### Caixa 2: Criação de uma mistura apropriada de competências no seio do pessoal de saúde em Samoa

Samoa é um país insular independente no Pacífico Sul, com uma superfície de 1.800 quilómetros quadrados e uma população superior a 180.000 pessoas. Na sociedade samoana, o nível de participação das mulheres na força de trabalho remunerado é relativamente alto, e o seu acesso a formação no sistema formal de educação é virtualmente igual ao dos homens. As tradições democráticas que são fortes e os sistemas sociais baseados em comunidades de aldeia, famílias alargadas e comunidades religiosas, influenciam enormemente a opinião pública e os mecanismos de decisão.

Governo, líderes comunitários, líderes em saúde e outras partes interessadas, há muito tempo que reconheceram uma carência persistente de médicos em zonas rurais onde vive a maior parte da população.

O resultado é que, enfermeiras(os) e outros prestadores de cuidados primários de primeira linha encontram-se muitas vezes a prestar cuidados que vão para além da sua formação. Chefes tradicionais (*matai*) e líderes comunitários exprimiram fortemente a necessidade de pessoal de enfermagem formado nas aldeias.

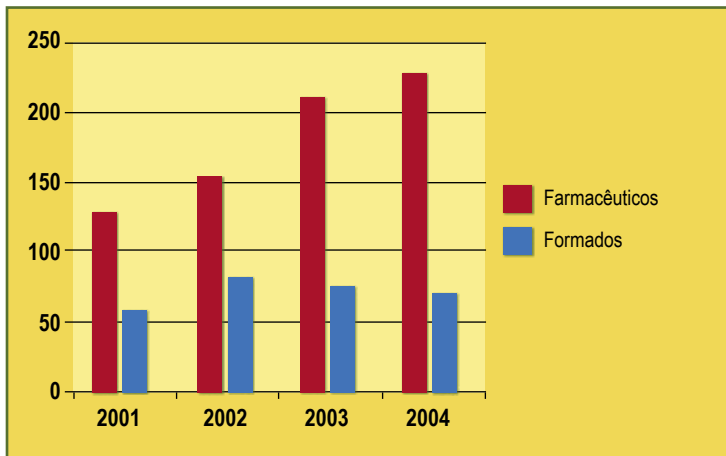
Em 1987, o Ministério da Saúde aprovou oficialmente estratégias destinadas a melhorar o conjunto de competências de enfermeiras escolhidas. Com o apoio de médicos consultores localizados em hospitais centrais, as enfermeiras podem agora prestar toda uma gama de serviços curativos e preventivos nas comunidades. Em 1990, foi elaborado um plano estratégico de enfermagem de cinco anos, baseado num modelo de cuidados primários de saúde e incluindo actividades essenciais para desenvolver e manter competências apropriadas em enfermagem e obstetrícia para satisfazer as necessidades sanitárias previstas.

O objectivo global do plano estratégico de enfermagem era prestar serviços de saúde de grande qualidade a zonas rurais de maneira eficaz em relação ao custo. A abordagem é agora considerada como uma maneira efectiva e eficiente de prestar serviços de saúde a grupos rurais vulneráveis e mal servidos.



A carência mundial de trabalhadores de saúde resulta de uma falta de capacidade de educação e formação em saúde e da falta frequente de serviços de formação especializada. Assim, em muitos contextos, a abertura de novas instituições de formação tornou-se uma prioridade. Na Irlanda, procurou-se resolver a dependência crescente em farmacêuticos estrangeiros (*Diagrama 3*) abrindo uma nova escola de farmácia.

*Diagrama 3: Farmacêuticos que entram anualmente no mercado de trabalho na Irlanda*



Fonte: International Pharmaceutical Federation (FIP)(2005). *Global Pharmacy Workforce and Migration Study* [www.fip.org/hr](http://www.fip.org/hr)

Contudo, a preparação de trabalhadores de saúde nem sempre exige grandes investimentos. Estudos piloto e outros estudos em pequena escala têm demonstrado frequentemente que, à escala nacional, se podem fazer inovações bem sucedidas. No caso de desenvolvimento de pessoal de saúde, o êxito foi demonstrado em muitos contextos. Exemplos incluem delegação de tarefas a trabalhadores comunitários (*Caixa 3*), novas abordagens de formação e técnicas de supervisão, e utilização de tecnologias de informação modernas.

### Caixa 3: trabalhadores de saúde comunitários na República Islâmica do Irão

A escolha e formação de trabalhadores de saúde comunitários (*Behvarzes*) na República Islâmica do Irão principiou nos inícios dos anos 1970. Eram inicialmente projectos-piloto destinados a introduzir novos trabalhadores de saúde de primeira linha. Jovens sabendo ler e escrever com qualificações intermédias foram escolhidos e apresentados pelas suas comunidades para ser formados durante dois anos pelas autoridades sanitárias distritais, e colocados nas “casas de saúde” estabelecidas nas suas próprias aldeias. Cada trabalhador seria responsável pela prestação de serviços de cuidados de saúde primários a uma dada população de cerca de 1.500 pessoas.

Em meados dos anos 1980, a rede distrital de cuidados primários de saúde foi alargada com êxito a todo o país com *Behvarzes* a actuar como contactos de primeira linha entre a comunidade e o sistema de saúde. Agora, há mais de 25.000 *Behvarzes* a prestar a maior parte dos serviços de cuidados primários nas zonas rurais em todo o país.

Delegando tarefas a trabalhadores comunitários no âmbito de um sistema de cuidados de saúde bem gerido, a solução iraniana produziu resultados impressionantes. A avaliação do programa demonstrou claramente a eficácia da iniciativa em redução da mortalidade e da morbilidade, melhoria dos indicadores de cuidados de saúde em zonas rurais, e melhoria da cobertura sanitária global.





## 2. Apoiar e proteger os trabalhadores de saúde

As pessoas precisam de ser recompensadas pelo trabalho duro e fora de horários regulares

*Médico de Fiji<sup>1</sup>*

Em muitos países, foram impostos limites severos ao número de trabalhadores de saúde e seus salários. Ao mesmo tempo, as verbas governamentais para formação e desenvolvimento profissionais têm sido muitas vezes gravemente reduzidas. O resultado foi os trabalhadores de saúde perderem o moral, e em muitos lugares os salários baixarem para níveis inaceitáveis (**Caixa 4**). Os trabalhadores de saúde lutam muitas vezes para olhar pelas suas famílias, e trabalham no privado para melhorar a sua magra renda. A pressão é cada vez maior para “votar marchando” e trocar de trabalho ou emigrar. Nos casos piores, instabilidade política e conflitos danificaram ainda mais uma infra-estrutura sanitária já deficiente e sobrecarregaram seriamente os trabalhadores de saúde.

### Caixa 4: 60 cêntimos por dia

O Dr. Eugène Serdouma é chefe da maternidade no Hospital Comunitário de Bangui na República Centroafricana. Ganha 20 US\$ por mês (60 cêntimos por dia). Tem 48 meses de salário em atraso e tem dívidas enormes. Acontece a mesma coisa com muitos funcionários no país. O seu maior desejo é esta lista de material essencial para salvar vidas:

- conjuntos para cesarianas (5.000 por ano);
- conjuntos para partos (7.000 por ano);
- lâmpadas para salas de partos (2);
- mesas de operação (2);
- instrumentos de ressuscitação (6); e
- esterilizadores (2).

A carência de fornecimentos básicos, salubridade, electricidade e água colocam os trabalhadores de saúde e os doentes em risco grave de ferimentos e infecções. A violência crescente no local de trabalho em muitas partes do mundo agrava estes problemas. Uma grande parte desta violência é dirigida contra mulheres que são uma proporção crescente do pessoal de saúde. Para cúmulo, especialmente na África subsariana, o VIH/SIDA depaupera ainda mais o número já limitado de tais trabalhadores.



© AFP 2005

<sup>1</sup> Naidu LK. *Contemporary professional emigration from Fiji [MA thesis]*. Suva, University of South Pacific, 1997. "The migration of skilled personnel in the Pacific Region. A summary report. Organização Mundial da Saúde. Sede Regional do Pacífico Ocidental. Manila, Filipinas, 2004



A nossa segurança pessoal não está garantida. Os doentes molestam-nos e insultam-nos. Estão armados e nós não podemos responder-lhes, dizer-lhes qualquer coisa pois eles têm sempre razão.

*Enfermeira de cuidados primários, África do Sul<sup>1</sup>*



<sup>1</sup> Joint Learning Initiative (2004). *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge, Massachusetts, USA.

Má gestão está a causar níveis de frustração sem precedentes entre os trabalhadores de saúde que estão a deixar o trabalho para mudar de carreira ou emigrar. (Diagrama 4).

**Diagrama 4. Razões de emigração em quatro países da África subsariana (Camarões, África do Sul, Uganda e Zimbabué)**



Fonte: Awases M., Nyoni J., Gbary A. e Chatora R. (2004) *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. Organização Mundial da Saúde, Sede Regional Africana, Divisão de Sistemas de Saúde e Desenvolvimento de Serviços, Genebra, Suíça.





## O que é que os países podem fazer para apoiar e proteger os trabalhadores de saúde?

Apoiar e proteger os trabalhadores de saúde exige salários competitivos e outros benefícios (Caixa 5), boas condições de trabalho (incluindo horário flexível) e um local de trabalho seguro contra os riscos de infecção, ferimento e violência.



© ICN

### Caixa 5: Plano da Zâmbia para retenção de trabalhadores de saúde<sup>1</sup>

Esta lista de condições de emprego para trabalhadores de saúde foi aprovada, como uma lista-piloto oficial, no âmbito do Programa de Reforma do Serviço Público (PSRP), pelo Conselho de Ministros e os parceiros cooperadores da iniciativa de Harmonização em Prática (HIP).

- Um contrato de 3 anos com as autoridades distritais, incorporando:
  - condições profissionais básicas estabelecidas – incluindo sala de operações, departamento de raios X e serviços de laboratório
  - um plano de alojamento dando direito a uma subvenção única de 3.000 US\$ no máximo;
- Um subsídio mensal de ajuda dependendo do afastamento do distrito (250-300 US\$ por mês);
- Educação para um máximo de 4 crianças na base de indemnização total dos custos;
- Acesso a um empréstimo até 90% do valor de 3 anos de contrato para compra de um veículo ou hipoteca de uma casa (7.500-9.500 US\$);
- Incentivo de fim de contrato (2000-1600 US\$);
- Tratamento prioritário na escolha para continuação de formação; e
- Benefícios do plano dependendo de avaliação satisfatória de resultados.

O resultado imediato da implementação destes termos foi o contrato de 66 médicos muito entusiastas (principalmente de hospitais terciários) para trabalhar em zonas rurais. Os principais desafios pareceram ser a necessidade de dar mais atenção à preparação e administração do plano e seus termos, e à gestão dos resultados.

A expansão do plano de retenção foi orientada pelos seguintes princípios:

- ter por alvo zonas onde a carência é mais grave;
- minimizar a destabilização do pessoal mantendo o equilíbrio de trabalhadores de saúde e tipos de serviços;
- expandir progressivamente depois de monitorização e ajustamento;
- apoiar-se em iniciativas de nível distrital (para apoiar a descentralização);
- utilizar sistemas simples e claros; e
- utilizar outras estratégias para complementar a abordagem de retenção.

<sup>1</sup> Dr. Simon Miti, Ministro da Saúde, Apresentação da Zâmbia na Reunião Consultiva sobre recursos humanos para saúde, Oslo, Fevereiro 2005.



Na era do VIH/SIDA, a existência da doença entre trabalhadores de saúde, seus colegas e membros da família ameaça gravemente a viabilidade de sistemas de cuidados de saúde. Assim, todos os trabalhadores de saúde devem ser protegidos contra a infecção pelo VIH. Isto inclui fornecimento de luvas de protecção, descarte seguro de materiais cortantes, e medidas para evitar ferimentos com agulhas. Os trabalhadores de saúde seropositivos devem ter prioridade para tratamento anti-retroviral (Caixa 6).



### Caixa 6: prestação de cuidados a trabalhadores de saúde<sup>1</sup>

O Ministério da Saúde do Uganda tem estado a distribuir em todo o país, desde Junho de 2004, tratamento anti-retroviral (ARV) gratuito para infecção por VIH a todas as pessoas sem posses para o obter. O Centro Conjunto de Investigação Clínica do Uganda é o maior fornecedor de ARV na África subsariana e presta cuidados e serviços de apoio ao seu pessoal. Em 2005, Omwony Ojwok, Ministro da Monitorização Económica do Uganda, anunciou que cerca de 10.000 funcionários do governo vivendo com o VIH/SIDA também receberiam ARV gratuitamente posto à disposição pelo Ministério da Saúde. A prevalência da infecção por VIH no país baixou de mais de 20% nos anos 1980 para cerca de 6%.

<sup>1</sup> Kinoti S., Tawfik L. *Impact of HIV/AIDS on human resources for health*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2005 (documento de trabalho para *The World Health Report 2006*; disponível em: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>)

Além dos riscos associados a infecções e acidentes no local de trabalho, os trabalhadores de saúde enfrentam ainda a ameaça de violência. A passagem para uma abordagem de “tolerância zero” em violência contra trabalhadores de saúde e a sua notificação sistemática é uma das questões mais importantes em protecção de trabalhadores de saúde, e uma que necessita de ser abordada agora.

Apoio mobilizador bem sucedido por parte dos sectores públicos e privados também será um aspecto essencial para reter os trabalhadores de saúde. Criar a capacidade necessária para formação contínua, encorajar progresso na carreira, e fornecer apoio directivo são prioridades urgentes. Nem todas as estratégias para apoiar e proteger trabalhadores de saúde exigem investimentos financeiros ou infra-estruturas em grande escala (Caixa 7).



© AFP 2005

### Caixa 7: suplementos de salário e subsídios com valor para trabalhadores de saúde<sup>1</sup>

- gratificações por assinatura de contrato;
- reembolso de despesas relacionadas com o emprego (como uniformes ou gasolina);
- educação, alojamento, transporte ou subsídios para crianças;
- seguro de saúde;
- acesso a empréstimos (incluindo hipotecas subsidiadas);
- per diem para cursos de formação;
- subsídios por zonas remotas;
- subsídios por horas fora dos horários normais (como horas suplementares ou turnos de noite); e
- incentivos por certos resultados específicos (por exemplo, taxas de vacinação altas).

<sup>1</sup> OMS (2006). *The World Health Report 2006 - Working Together for Health*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (no prelo)







### 3. Melhorar a eficácia do pessoal de saúde

Hoje no terreno, equipas de trabalhadores de saúde estão a empregar o seu génio colectivo para procurar resolver desafios de saúde cruciais. Devemos recolher mais sistematicamente estes conhecimentos, avaliá-los de maneira crítica e partilhar mais largamente as lições tiradas.

*Dr. Tim Evans, OMS*

Tal como mudam os cuidados de saúde, também mudam as exigências feitas aos trabalhadores de saúde. Em especial, a pandemia de VIH/SIDA e níveis crescentes de doenças crónicas exercem grande pressão nos sistemas de saúde. Ao mesmo tempo, progressos tecnológicos permitiram orientar os cuidados para modelos baseados na comunidade e no lar. A oportunidade de prestar tratamento a doentes externos minimiza a dependência em hospitais.

A prestação de cuidados de saúde incumbe cada vez mais a membros da família, a trabalhadores de saúde comunitários com um mínimo de formação e aos próprios doentes. Para responder aos desafios do ambiente de saúde em mutação, os trabalhadores de saúde devem ser ajudados para se tornarem mais eficazes, e a gestão dos sistemas de saúde deve tornar-se mais solidária. Actualmente, quem presta cuidados ao primeiro nível pode sentir-se isolado, sem apoio e abandonado pelo sistema de saúde convencional.



© AFP 2005



© AFP 2005

**Nós só trabalhamos ... e ninguém verifica se estamos a alcançar os nossos objectivos pois não estamos a ser avaliados. Desde que cheguei aqui, ninguém me veio perguntar se estes objectivos são bons, quais foram os atingidos?**

*Trabalhador de cuidados primários de saúde, África do Sul<sup>1</sup>*



**O sistema não se baseia em incentivos; não reconhece resultados.**

*Um médico do Gana<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Ijumba P (2002). "Voices" of primary health care facility workers. In: Ijumba P, ed. *South African health review*. Durban, Health Systems Trust:181-200.



Tratar os trabalhadores de saúde com respeito e dignidade faz muito para aumentar a motivação e a eficácia do pessoal. Os enormes benefícios potenciais que podem resultar de estratégias de gestão bem implementadas foram recentemente quantificados por um estudo realizado na República Unida da Tanzânia<sup>1</sup>. Descobriu-se que entre os serviços de saúde com os melhores e os piores resultados havia uma diferença de 78% nos níveis de produtividade. O estudo também calculou que, melhorando simplesmente o apoio, a gestão e a colocação de pessoal bem motivado, os ganhos totais em produtividade poderiam ser de 60-75%.



<sup>1</sup> McKinsey et al. (2004). *Acting now to overcome Tanzania's greatest health challenge: addressing the gap in human resources for health*. Report of a field visit, República Unida da Tanzânia, 2004.

## O que é que os países podem fazer para melhorar a eficácia do pessoal de saúde?

Estratégias destinadas a melhorar a eficácia do pessoal de saúde devem inicialmente concentrar-se sobre o pessoal existente devido ao tempo que leva a formar novos trabalhadores de saúde. A curto prazo, um desafio será melhorar os resultados e o impacto harmonizando as competências com as necessidades, mantendo ao mesmo tempo padrões profissionais e códigos de comportamento. A longo prazo, só poderá haver melhoramentos duráveis se forem acompanhados por melhores condições de trabalho, de salário e de gestão, assim como políticas do local de trabalho que apoiem formação constante.



Deve encorajar-se uma abordagem de equipa a cuidados a doentes. Devem ser implementadas abordagens inovadoras que transformem os trabalhadores de saúde em membros de equipas de saúde apoiadas por supervisão eficaz e solidária. Para se conseguir progressos importantes será vital reconhecer a contribuição de todos os trabalhadores de saúde e encontrar maneiras eficazes para que possam dar tal contribuição.

Mas não é só o pessoal convencional que pode ser melhor dirigido para melhores resultados. Por exemplo, na Tailândia, voluntários de saúde de aldeia prestam cuidados primários e divulgam informações de saúde nas suas comunidades. Em troca recebem incentivos não-financeiros tais como reconhecimento social e formação contínua.



Tais ideias inovadoras, eficazes e de baixo custo podem permitir que em todo o mundo, trabalhadores de saúde não convencionais desempenhem funções básicas mas salvadoras tais como distribuição de medicamentos, vigilância de doenças e programas de proximidade. (Caixa 8).

Para que a implementação destas e de outras abordagens tenha êxito, será vital ganhar confiança. Sem confiança, os sistemas de saúde não podem ser totalmente eficazes. Assim, a luta contra a corrupção sob todas as suas formas deve ser uma prioridade para que volte a haver confiança nos sistemas de saúde do estado. Falta de transparência e responsabilidade, pouca aplicação dos regulamentos, e controlos fiscais negligentes conduziram a abusos graves. A corrupção também pode tomar a forma de “trabalhadores fantasmas” que só aparecem nas folhas de pagamentos. Durante a última década, tais abusos bem conhecidos a todos os níveis do sistema de saúde provocaram uma perda fatal da confiança do público. Para que a confiança volte e se possa aproveitar todo o impacto benéfico do pessoal de saúde é preciso acabar com tais abusos.

Em conclusão, aumentar as discussões com comunidades e doentes sobre as suas necessidades em serviços de saúde e introduzir políticas que reforcem a eficácia do pessoal de saúde dentro das comunidades devem ser os principais objectivos do planeamento de saúde local e nacional. Se os enormes desafios existentes puderem ser superados, a oportunidade para melhorar a eficácia dos trabalhadores de saúde e dos sistemas de saúde em todo o mundo é enorme.



### Caixa 8: inovar para maior impacto

- **Prestação de saúde<sup>1</sup>** – Os medicamentos podem ser importantes, mas para que o seu impacto seja realmente importante, é preciso que os trabalhadores de saúde estejam presentes para fazer a ligação entre a tecnologia e o doente. No Egipto, a mortalidade infantil diminuiu 15% quando a solução de reidratação oral apareceu nas farmácias. Mas quando os trabalhadores de saúde comunitários puderam levar a solução às casas das pessoas, a mortalidade infantil diminuiu de 40%.
- **A cooperação resulta em êxito<sup>2</sup>** – No Nepal, o perito de saúde Ram Shrestha compreendeu que poderia distribuir comprimidos de vitamina A que salvam vidas a uma comunidade mais vasta através das avós. Estas dispõem de tempo para distribuir os comprimidos e têm a autoridade necessária para que as crianças os tomem. Agora, há 49.000 avós que todos os anos distribuem vitamina A a 3,5 milhões de crianças nepalesas. O mesmo programa também está agora a distribuir vitamina A a mulheres grávidas para evitar doenças dos olhos.
- **Utilização da experiência pessoal para dar esperança<sup>3</sup>** – Helen é secretária administrativa num posto de VIH/SIDA numa zona rural do Uganda. Como é seropositiva e iniciou há nove meses a terapia anti-retroviral (ART), adquiriu bons conhecimentos sobre o tratamento. Como doente com experiência, pode responder a muitas perguntas de doentes que vêm à consulta. Como militante da organização nacional de mulheres vivendo com o VIH/SIDA, está implicada na organização de apoio nutricional a doentes em tratamento. É também membro do grupo local de teatro sobre a SIDA, participando em educação de grupo dentro da comunidade. Helen está numa posição excelente para relacionar prestadores de serviços, doentes e membros da comunidade.

<sup>1</sup> Bhattacharyya K. et al. (2001). *Community health worker incentives and disincentives: how they affect motivation, retention and sustainability*. Arlington, Virginia, EUA, Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASUCS II), United States Agency for International Development.

<sup>2</sup> Kluger J. (2005). Vitamin Sherpa: Ram Shrestha. *Time*, 31 de Outubro de 2005 (<http://www.time.com/time/magazine/printout/0,8816,1124312,00.htm> 5 de Dezembro de 2005).

<sup>3</sup> OMS (2004). *Scaling up HIV/AIDS care: service delivery and human resources perspectives*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (no prelo)





## 4. Procurar resolver desequilíbrios e injustiças

A migração de trabalhadores de saúde deve ser abordada como uma questão urgente pois atingiu níveis graves. Tem de haver uma vontade política para procurar resolver sem confrontações as razões de queixa dos trabalhadores de saúde.

Abel Chikanda, Zimbabué<sup>1</sup>

O acesso a cuidados de saúde continua a ser desequilibrado e muito injusto. Em muitos lugares, isto contribui para diminuir o nível da confiança do público nos sistemas de saúde. Em países e regiões com a maior necessidade, a carência de trabalhadores de saúde é desproporcionada (Quadro 1).

Quadro 1: desequilíbrios em saúde<sup>2</sup>

AMÉRICAS	ÁFRICA A SUL DO SARA
14% da população mundial	11% da população mundial
10% do fardo mundial de doença	24% do fardo mundial de doença
37% do pessoal de saúde no mundo	3% do pessoal de saúde no mundo
>50% dos gastos mundiais em saúde	<1% dos gastos mundiais em saúde

A carência mundial de trabalhadores de saúde está actualmente avaliada em 4,25 milhões. O *Relatório Mundial da Saúde de 2006*<sup>2</sup> mostrou que em geral, os países com menos de 2,3 médicos, enfermeiros e parteiras por 1.000 pessoas não conseguem atingir uma taxa de cobertura de 80% em vacinação contra o sarampo, ou a presença de parteiras formadas durante partos. Isto tem um impacto demonstrável na vida das pessoas. Cinquenta e sete países não atingem este limite mínimo, principalmente na África subsariana e na Ásia (Diagrama 5). Para estes países atingirem o limite desejado, seriam necessários mais 2,36 milhões de prestadores de serviços de saúde. Acrescentando a isto os outros tipos de trabalhadores necessários para apoiar o pessoal de saúde, o total está calculado em 4,25 milhões.

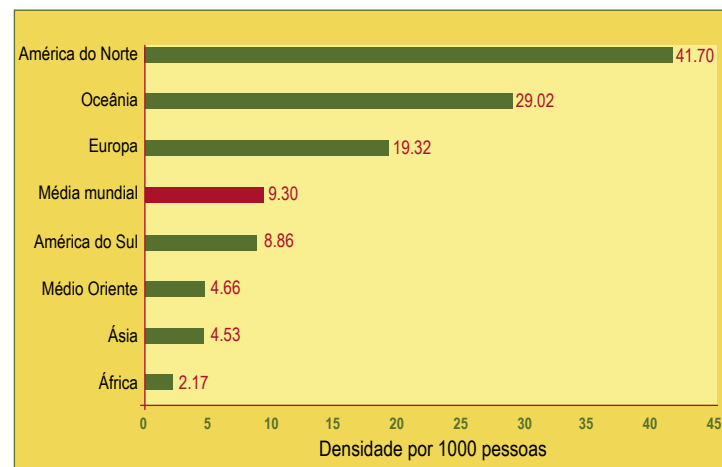
<sup>1</sup> Chikanda A. Skilled health professionals' migration and its impact on health delivery in Zimbabwe. Centre on Migration, Policy and Society Working Paper No.4. University of Oxford, 2004.

<sup>2</sup> WHO (2006). *The World Health Report 2006 – Working together for health*. Geneva, World Health Organization (in press).

Esta carência mundial em pessoal de saúde é agravada por desequilíbrios dentro dos países. Em comparação com as cidades, existe uma carência geral de pessoal adequado em zonas rurais. Contudo, há falta de monitorização sistemática de desequilíbrios dentro de muitos países devido a sistemas de informação sobre saúde inadequados. Estabelecer políticas sem informações e sem meios de avaliação do progresso não é uma fórmula para obter êxito.

As tendências demográficas também estão a agravar os desequilíbrios e injustiças. À medida que as populações do mundo desenvolvido e o seu pessoal envelhecem, mais pessoas são necessárias para prestar cuidados. Isto “puxa” trabalhadores de saúde de países em desenvolvimento. Ao mesmo tempo, como nestes países as condições de trabalho se tornam intoleráveis, os trabalhadores de saúde sentem-se “empurrados” para fora. Por exemplo, para cada 100 médicos africanos trabalhando nos seus países, há 23 a trabalhar em 8 países da OCDE, enquanto para cada 100 enfermeiras/os e parteiras trabalhando na África, há cerca de 4 trabalhando nesses países da OCDE<sup>1</sup>. A migração, impulsionada por estas forças de “puxa-e-empurra”, provoca consequências diferentes – positivas para alguns mas para muitos prejudiciais para a saúde.

Diagrama 5: injustiças na distribuição de trabalhadores de saúde em todo o mundo



Fonte: OMS (2006).

<sup>1</sup> OMS (2006). *The World Health Report 2006 - Working Together for Health*. Geneva, Organização Mundial da Saúde (no prelo)



Os efeitos acumulados de emigração, morte prematura, doença e mudança de carreira podem levar a perdas importantes de trabalhadores de saúde. Em certas regiões, as perdas podem ser suficientemente importantes para enfraquecer a capacidade para prestar serviços de saúde eficazes. Quando um país tem um sistema de saúde frágil, a perda da sua força de trabalho pode levar todo o sistema quase ao colapso e as consequências podem ser medidas em vidas perdidas. Enquanto a liberdade de movimento é um direito humano básico que não deve ser dificultado, os governos e a comunidade internacional devem procurar gerir as causas e consequências da emigração de maneira responsável.



## O que é que os países podem fazer para procurar resolver desequilíbrios e injustiças?

É preciso desenvolver estratégias para gerir a migração interna e internacional, e tornar o trabalho de saúde uma ocupação mais segura e mais atraente. Segundo o caso, a idade legal de reforma deve ser reconsiderada de acordo com uma era de envelhecimento de pessoal. Sejam quais forem as abordagens adoptadas, deve focar-se a protecção da saúde nos países mais pobres assegurando ao mesmo tempo a liberdade de movimento de cada indivíduo.

Para encontrar soluções, os países devem trabalhar individualmente e em conjunto. Os governos devem investir nos seus sistemas de saúde, especialmente em pessoal, a fim de atrair e manter um número suficiente para satisfazer as necessidades das suas populações (Caixa 9).

### Caixa 9: Abordar os recursos humanos para crise em saúde – o programa de urgência do Malauí<sup>1</sup>

Relatórios recentes e investigação financiada por doadores atribuíram a crise do sistema de saúde pública no Malauí ao quase colapso da sua capacidade em recursos humanos. Para enfrentar este problema, foi estabelecido um Programa de Emergência para Recursos Humanos que inclui:

- Melhores incentivos para recrutamento e retenção de pessoal do Malauí graças a aumento de salários;
- Recrutamento externo, como medida provisória, de médicos e educadores de enfermagem; e
- Aumento significativo da capacidade de formação nacional.

Foi atribuído a 5400 médicos, enfermeiros e outro pessoal essencial, um suplemento do salário bruto de 52%. Este programa, com um custo total avaliado em 278 milhões de US\$, é apoiado pelo Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional, juntamente com o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e o Paludismo, o Governo do Malauí e outros doadores.

<sup>1</sup> Palmer, D. Human resources for health case study: Malawi's emergency human resources programme. DFID-Malawi, December 2004.



Para gerir a migração internacional e minimizar injustiças, será preciso agir nos países de origem, nos países de acolhimento e a nível internacional.

### Estratégias nos países de origem

Os países de origem podem aplicar uma vasta gama de estratégias para gerir a emigração, incluindo:

- **Ajustar a formação às necessidades** – Formação tendo por alvo as condições locais pode ajudar a reter os trabalhadores de saúde. O êxito dependerá de uma vasta gama de incentivos e apoio no trabalho, e da participação de instituições importantes tais como universidades e associações profissionais.
- **Melhorar as condições locais** – Melhorar as condições de emprego de trabalhadores ajuda a remover os factores que os “empurram” a emigrar.
- **Facilitar a volta ao país de trabalhadores de saúde que tenham trabalhado no estrangeiro** – Estudos mostram que muitos trabalhadores emigrantes desejam eventualmente voltar para casa, quer para trabalhar ou como reformados. Devem procurar-se mecanismos para utilizar devidamente as suas competências e conhecimentos.

### Estratégias nos países de acolhimento

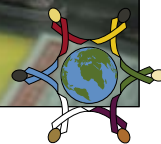
Os países de acolhimento devem demonstrar interesse pelos direitos e bem-estar dos trabalhadores de saúde imigrantes:

- **Adoptando políticas de recrutamento responsáveis** – Os países de acolhimento têm a responsabilidade de reconhecer que nos país de origem foram feitos investimentos importantes para formar profissionais de saúde, e que a sua ausência pode ter efeitos imediatos e indesejáveis. Discussões e negociações com ministérios da saúde, departamentos de planeamento de pessoal e instituições de formação ajudarão a evitar reivindicações de “pesca ilegal” e outros comportamentos de recrutamento vergonhosos.
- **Fornecendo apoio a recursos humanos nos países de origem** – Muitos países de acolhimento são também fornecedores de assistência ao desenvolvimento externo em prol da saúde. O apoio poderia visar mais directamente a expansão do pessoal de saúde, contendo assim o impacto da emigração.
- **Assegurando tratamento justo a trabalhadores imigrantes** – Os trabalhadores imigrantes devem ser recrutados segundo os mesmos termos e condições que o pessoal recrutado localmente.

### Estratégias internacionais

De uma perspectiva internacional, a necessidade de equilibrar os direitos dos trabalhadores de saúde migrantes assegurando ao mesmo tempo um pessoal de saúde adequado nos países de origem levou ao desenvolvimento de políticas morais de recrutamento internacional, códigos de práticas e várias directivas. Embora não sejam legalmente obrigatórias, estabelecem normas de comportamento importantes para os principais actores implicados em recrutamento internacional de trabalhadores de saúde.





## Agir em conjunto a nível nacional e mundial

Temos de trabalhar em conjunto para assegurar a cada pessoa, em cada aldeia, em cada sítio, acesso a um trabalhador de saúde motivado, competente e confiante.

*Dr. LEE Jong-wook, Director-Geral, Organização Mundial da Saúde<sup>1</sup>*

Um pessoal de saúde forte e motivado é a base do êxito para atingir os objectivos de saúde dos países e da comunidade internacional mais vasta. Sem ele, a luta contra doenças prioritárias e outras iniciativas de saúde não podem ser bem sucedidas. Todos os países, ricos ou pobres, devem enfrentar problemas tais como carências crónicas, desequilíbrio em competências disponíveis e desigualdades generalizadas. Alguns destes problemas exigem agora intervenções urgentes, outros podem levar mais tempo a implementar.

As nossas respostas devem estar à altura destes desafios. Não se pode continuar como antes. Acções arrojadas são agora imperativas. Nas secções 1-4 deste conjunto de promoção, desenvolveram-se as primeiras quatro mensagens essenciais do Dia Mundial da Saúde de 2006. As três mensagens restantes reunidas são os princípios fundamentais nos quais a acção se deve agora apoiar.

- **Os governos devem tomar a liderança** – em desenvolvimento e implementação de políticas e programas adaptados às realidades locais. Governos, ONG, agências nacionais e internacionais devem desempenhar papéis importantes como fornecedores, promotores e guardiães. Será preciso transparência e responsabilidade em áreas importantes tais como regulamentação profissional e garantia dos mais altos padrões morais.
- **Promoção de parcerias e cooperação a todos os níveis** – sem cooperação, as dimensões técnicas e políticas do desenvolvimento de pessoal nunca serão devidamente abordadas. As competências e outros recursos escassos devem ser reunidos e compartilhados. A maneira mais eficaz para avançar é fazer alianças de partes interessadas dentro dos países, apoiadas por reforço mundial e da região.

<sup>1</sup> Declaração no fóro de Alto nível sobre a saúde MDG (2005). *Working together to tackle the crisis in human resources for health*. Paris, 14-15 de Novembro de 2005.

Trabalhando em conjunto, o que é que nós e os nossos parceiros podemos fazer para apoiar a mobilização e retenção de 100.000 outros trabalhadores de saúde de primeira linha formados e equipados na África?

*Aileen Carroll, Ministra da Cooperação Internacional Canadá<sup>1</sup>*

- **Criar confiança entre todas as partes interessadas** – entre governos, empregados, profissionais de saúde e a comunidade servida. Sem confiança, os sistemas de saúde deterioram-se e desabam. O público quer pessoal competente, reactivo e de confiança. Por sua vez, o pessoal procura respeito e remuneração de acordo com as suas competências e a sua contribuição ao desenvolvimento da sociedade.

**O nosso trabalho é difícil e não devíamos ter de nos preocupar com o que iremos comer amanhã. Isto dificulta o nosso profissionalismo.**

*Oxana Zavtoni, Associação Nacional de Parteiras, Moldávia<sup>2</sup>*



<sup>1</sup> Canadian International Development Agency. News release, 7 de Novembro de 2005. *Canada invests \$12 million for health in Africa*.

<sup>2</sup> Organização Mundial da Saúde, *Making pregnancy safe*, Sede Regional para a Europa, Copenhaga, 2005.



Com base nestes princípios, podem estabelecer-se objectivos específicos para a próxima década (*Quadro 2*)

- Cada país, pobre ou rico, deve ter um plano estratégico nacional de pessoal – vários países no próximo ano e todos os países dentro de cinco anos.
- Os investimentos em preparação do pessoal reforçando a educação e formação devem aumentar de maneira espectacular.
- As inovações locais e nacionais devem ser multiplicadas pela extensão e aplicação sistemáticas de estratégias de pessoal, incluindo melhor tratamento dos conhecimentos.

**Quadro 2: plano de acção de dez anos para reforço do pessoal de saúde**

	2006	2010	2015
	<b>IMEDIATO</b>	<b>INTERMÉDIO</b>	<b>DÉCADA</b>
<b>Direcção nacional</b>	Disponibilidade de estratégias e planos para os países  Aumento dos investimentos em formação  Participação em melhores práticas em gestão	Implementação e avaliação de planos em aplicação  Melhoria em números e tipos da capacidade do pessoal  Aumento dos conhecimentos de base do país	Início de novo ciclo de planeamento e implementação  Melhores resultados em saúde  Reforço da capacidade nacional
<b>Solidariedade mundial</b>	Estimulação de prioridade política entre partes interessadas de todo o mundo  Harmonização das práticas de doadores  Participação em melhores práticas	Melhor prioridade política  Maior/constante movimento de recursos/migração controlada  Aumento dos conhecimentos mundiais de base	Prioridade política constante  Apoio constante ao país  Utilização de conhecimentos de base importantes

## O que indivíduos e organizações podem fazer

Cada uma das áreas de acção prioritárias descritas neste conjunto de promoção fornece “pontos de entrada” potenciais para uma gama muito vasta de indivíduos e suas organizações. Estas incluem agências nacionais e internacionais, órgãos académicos, jornalistas e outros representantes dos media, ONG, associações profissionais e sindicatos. Exemplos das actividades específicas agora necessárias em cada área prioritária deste conjunto de promoção incluem:

- **Promoção do direito à saúde** – impulsionar alterações e maior responsabilidade financeira e transparência em tomada de decisões relativas à saúde;
- **Sensibilização** – para o alcance da crise de pessoal de saúde e soluções possíveis;
- **Defesa de políticas** – por exemplo, em relação a formação, apoio e retenção de trabalhadores de saúde;
- **Investigação e recolha de conhecimentos** – por exemplo, para uma melhor compreensão dos números actuais de trabalhadores de saúde e sua distribuição, e fornecimento de informações para intervenções eficazes;
- **Criação de uma rede** – para empenhar diferentes sectores e agências em planeamento e implementação de políticas; e
- **Monitorização das acções** – para encorajar intervenções e medir o seu impacto.

Fonte: OMS (2006). *The World Health Report 2006 - Working Together for Health*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (no prelo)





## Dar a conhecer as mensagens do Dia Mundial da Saúde de 2006

### Que tipo de informação precisa de recolher e como a utilizar?

Eis algumas sugestões para apresentar as mensagens do Dia Mundial da Saúde de 2006:

- Realçar a situação do pessoal de saúde na sua região ou país.
- Acentuar a situação local, nacional ou regional em relação a pessoal de saúde.
- Fazer publicidade e promover o bom trabalho realizado por si ou a sua organização para melhorar a situação.
- Indicar as lacunas (áreas ainda não cobertas ou os problemas que restam) e o que pode ser feito para sensibilizar e estimular acções.
- Chamar a atenção para histórias bem sucedidas sobre trabalhadores de saúde.

### Apresentar a mensagem

Uma vez em posse de informações e investigação de apoio sobre uma dada mensagem, precisará de transformar esse material em algo que possa dizer respeito a qualquer pessoa. Os melhores métodos são as frases curtas e expressivas, que ficam no ouvido. Não esquecer que o seu tratamento da mensagem precisa de ser orientado para a audiência que quer atingir.

### Criar manifestações

Cortejos, competições, manifestações de rua, ou questionários sob o tema de pessoal de saúde chamam a atenção dos meios de comunicação social e transmitem a mensagem a grandes números de pessoas de maneira interessante, divertida e estimulante. Tais manifestações são um bom meio para atingir uma audiência que pode não ser atraída por manifestações mais tradicionais como seminários ou reuniões de trabalho.

Pode considerar ter como oradores pessoas célebres, mas não esquecer que precisa de tempo e de preparação para obter a participação de tais pessoas.

- Escolher indivíduos que sejam bem conhecidos e respeitados no país ou comunidade, e que possam atrair atenção positiva para o Dia Mundial da Saúde de 2006.

- Convidar personalidades do mundo da música, de filmes, do desporto ou da política.
- Descobrir se alguém bem conhecido vive ou é da sua zona – é provável que tal pessoa esteja disposta a dar “apoio local” à sua manifestação.
- Muitas vezes, as pessoas célebres desconhecem a importância e impacto do contexto das mensagens do Dia Mundial da Saúde de 2006. Por isso, assegurar-se que são informadas antes. Explicar claramente ao seu agente ou empresário, ou à própria pessoa, como gostaria que fosse a sua contribuição e a mensagem que esperava fazer passar. Ao criar uma manifestação, especialmente se tem a participação de uma celebridade, irá criar uma oportunidade para notícias. Se a manifestação é comunicada pelos media, irá atingir uma audiência muito mais vasta.

Os media são potencialmente os meios mais eficazes para fazer passar uma mensagem. Mas para trabalhar com os media deve compreender como eles trabalham. A sincronização é tudo, e de novo, o melhor são frases curtas e expressivas. Para os repórteres, as informações que são novidade, surpreendem, são convincentes ou têm impacto sobre o público valem a pena. Assegurar-se que a história:

- Irá interessar a audiência a que se destina; por exemplo, ter uma história pessoal e ligá-la a um acontecimento – isto é muito mais interessante que estatísticas isoladas;
- Só incluir factos e valores que sejam absolutamente precisos – assegurar-se que cada nome, data e informação foi verificada com uma fonte de confiança.

### Organizar uma conferência de imprensa

A realização de uma conferência de imprensa talvez seja a maneira mais eficaz de obter cobertura pelos media para a sua manifestação do Dia Mundial da Saúde de 2006. A lista a seguir irá ajudá-lo a organizar uma conferência de imprensa bem sucedida:

- lista de convites – jornais, rádio, televisão e outros;
- hora e data: verificar qualquer conflito possível com manifestações concorrentes;
- conselheiro em comunicação;
- possibilidade de fazer fotografias;
- telefonar aos membros da imprensa convidados para confirmar a sua presença;



- documentação para os media – incluindo discursos, publicação das principais informações, biografias, documentos de base, resumo de informações, fotografias, etc.;
- antecipar possíveis perguntas dos media e preparar as respostas;
- concentrar todas as apresentações e respostas num pequeno número de mensagens essenciais;
- organização no local – aluguer da sala, placas na tribuna com os nomes dos oradores, equipamento audiovisual, etc.; e
- lanches e bebidas, se desejado.

Não esquecer as agências nacionais ou internacionais de comunicação. Além de jornais e revistas, deve contactar a agência nacional de comunicação. Se esta faz uma comunicação sobre trabalhadores de saúde para o Dia Mundial da Saúde de 2006, a história será enviada a todos os jornais, revistas, estações de rádio e rede de televisão do seu país. Se contactar as agências ou os media internacionais de comunicação além dos media nacionais, terá potencialmente cobertura mundial.

### Meios de comunicação internacionais importantes

Associated Press (AP)  
 Reuters  
 Agence France-Press (AFP)  
 International Herald Tribune  
 Le Monde  
 El Pais  
 The Economist  
 Financial Times (FT)  
 Cable News Network (CNN)  
 BBC



## Anexo A: O que é que a OMS pode fornecer aos organizadores das manifestações do Dia Mundial da Saúde de 2006?

### Logotipo e tema da campanha

O logotipo e o tema da campanha para o Dia Mundial da Saúde de 2006 estão disponíveis no sítio web (<http://www.who.int/world-health-day/2006>) podendo igualmente ser obtidos junto do Coordenador do Dia Mundial da Saúde na Sede Central da OMS (ver **Anexo C**). O tema para o Dia Mundial da Saúde em 2006 é “*Trabalhar em conjunto em prol da saúde*”. Encorajamos a utilizar este logotipo e tema quando preparar o seu material e manifestações.

Chama-se a atenção dos organizadores para o facto que o logotipo e o tema são uma patente da OMS e só deverão ser utilizados para identificar manifestações e material relacionados com o Dia Mundial da Saúde. O logotipo não pode ser reproduzido com intuito de autopromoção ou para obter qualquer ganho financeiro, comercial ou pessoal, nem pode ser utilizado de uma forma que implique o apoio da OMS a actividades ou produtos de uma empresa comercial.



### Material

O pacote de material para o Dia Mundial da Saúde de 2006 inclui este conjunto de promoção, um cartaz e autocolantes com o logotipo e o tema do Dia Mundial da Saúde. Alguns artigos adicionais estão a ser considerados para inclusão neste pacote que deverá estar disponível a partir de Março de 2006. Está incluído um formulário para encomendar este pacote de material à respectiva Sede Regional da OMS. Para mais pormenores ver o **Anexo C**.

### Sítio Web

O sítio Web da manifestação - [www.who.int/world-health-day/2006](http://www.who.int/world-health-day/2006) - será regularmente actualizado até, e mesmo depois, o dia 7 de Abril de 2006. Contém toda a informação e material relacionados com o Dia Mundial da Saúde de 2006 assim como versões electrónicas de material impresso tal com este conjunto de promoção. Nestes preparativos para o Dia Mundial da Saúde de 2006 a OMS está a acompanhar as experiências de 6 equipas de pessoal de saúde em diversos países. Este documentário, intitulado *Heróis da Saúde*, pode ser visto no sítio Web. O sítio Web também retrata diversas manifestações nacionais que estão a ser organizadas por parceiros no mundo inteiro para comemorar o Dia Mundial da Saúde de 2006. Se a sua organização desejar partilhar informações sobre as manifestações planeadas, queira preencher o formulário fornecido na pasta pedindo uma lista das manifestações sobre o Dia Mundial da Saúde de 2006. A decisão de incluir ou não uma organização no sítio Web é da competência da OMS.

### Avaliação do Dia Mundial da Saúde de 2006

Para nos ajudar nos nossos esforços de documentação e avaliação das diversas actividades que serão organizadas no âmbito das Comemorações do Dia Mundial da Saúde de 2006, a pasta contém um formulário para retroinformações sobre actividades dedicadas ao Dia Mundial da Saúde. Pedimos para preencher o formulário e envia-lo de retorno directamente ou através da respectiva Sede Regional. Também o pode preencher on line em [www.who.int/world-health-day/2006](http://www.who.int/world-health-day/2006). Consolidaremos todas as informações recebidas num compêndio de manifestações planeadas para o Dia Mundial da Saúde de 2006, que será acessível no sítio Web.



## Anexo B: Principais fontes de informação para preparar o material e as actividades do Dia Mundial da Saúde de 2006

### Documentos essenciais sobre o pessoal de saúde

Dreesch N et al. (2005). An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy Planning*, 20(5):267-276.

High level forum on the health MDGs (2005) *Working together to tackle the crisis in human resources for health*, Paris, 14-15 de Novembro de 2005 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/CrisisHRforHealth.pdf> a 12 de Dezembro de 2005)

Joint Learning Initiative (2004), *Human resources for health: overcoming the crisis*. Cambridge, Massachusetts, EUA.

Travis P. et al. (2004). Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*, 364:900-906.

WHO (2004). *World report on knowledge for better health: strengthening health systems*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.

WHO (2005). *Health and the Millennium Development Goals*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.

Buchen J, Calman L. The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions. Overview paper, prepared for The Global Nursing Review Initiative: Policy Options and Solutions. ICN, Genebra, Suíça, 2004.

Acesso: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

Zurn P, Dolea C, Stilwell B. Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce. Issue paper 4, prepared for The Global Nursing Review Initiative: Policy Options and Solutions. ICN, Genebra, Suíça, 2004. Acesso: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

### Documentos essenciais sobre categorias de pessoal de saúde

ILO (1990). *International Standard Classification of Occupations: ISCO-88*. Genebra, Organização Internacional do Trabalho. ([www.ilo.org/public/english/bureau/stat/class/isco.htm](http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/class/isco.htm) a 10 de Novembro de 2005).

International Standard Industrial Classification of all Economic Activities, ST/ESA/STAT.M/4Rev.3.1, E.03.XVII.4. Section: N – Health and social work, Division: 85 – Health and social work, Group: 851 – Human health activities.

Un Statistics Division (1989). *International Standard Industrial Classification of All Economic Activities, Third Revision: ISIC Rev.3*. New York, United Nations Statistics Division.

UNESCO (1997). *International Standard Classification of Education: ISCED 1997*. Paris: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

### Sítios Web úteis

Dia Mundial da Saúde de 2006: [www.who.int/world-health-day/2006](http://www.who.int/world-health-day/2006)

Sede da OMS: [www.who.int](http://www.who.int)

Departamento de Recursos Humanos para a Saúde: [www.who.int/hrh](http://www.who.int/hrh)

### Escritórios regionais da OMS

Região Africana: [www.afro.who.int](http://www.afro.who.int)

Região das Américas: [www.paho.org](http://www.paho.org)

Região da Ásia do Sudeste: [www.whosea.org](http://www.whosea.org)

Região Europeia: [www.who.dk](http://www.who.dk)

Região do Mediterrâneo Oriental: [www.emro.who.int](http://www.emro.who.int)

Região do Pacífico Ocidental: [www.wpro.who.int](http://www.wpro.who.int)



## Anexo C: como contactar a OMS para informações

As organizações locais e nacionais deverão contactar os escritórios da OMS no país utilizando a informação fornecida em [www.who.int/country/en](http://www.who.int/country/en). Nos países onde a OMS não tiver escritório, deverão contactar a respectiva Sede Regional da OMS da lista apresentada a seguir.

<p><b>Escritório Regional da OMS para a África</b></p> <p>Ms Magda Awases, Regional Advisor, Human Resources for National Health Systems Development (HRD), Division of Health Systems and Services Development; WHO Regional Office for Africa, B.P. 6 Brazzaville, República do Congo</p> <p>Telefone: +47 241 39273 Fax: +47 241 39511 E-mail: <a href="mailto:awasesm@afro.who.int">awasesm@afro.who.int</a></p>	<p><b>Escritório Regional da OMS para a Europa</b></p> <p>Dr. Galina Perfilieva, Regional Advisor, Health Sector Human Resources; Division of Country Support; WHO Regional Office for Europe; 8, Scherifigsvej; DK-2100 Copenhaga, Dinamarca</p> <p>Telefone: +45 39 17 15 44 Fax: +45 39 17 18 99 E-mail: <a href="mailto:GPE@euro.who.int">GPE@euro.who.int</a></p>
<p><b>Escritório Regional da OMS para as Américas</b></p> <p>Dr Charles Godue, Coordinator, Human Resources Development Program, WHO Regional Office for the Americas; 525, 23rd Street N.W., Washington, D.C. 20037, EUA</p> <p>Telefone: +1 202 974 3000 Fax: +1 202 974 3612 E-mail: <a href="mailto:gouecha@paho.org">gouecha@paho.org</a></p>	<p><b>Escritório Regional da OMS para a Ásia do Sudeste</b></p> <p>Dr P.T. Jayawickramarajah, Coordinator, SHS, WHO Regional Office for South East Asia; World Health House; Indraprastha Estate; Mahatma Ganhi Road; New Delhi 110002, Índia</p> <p>Telefone: +91 11 337 0804 ou 337 9351 Fax: +91 11 337 0197 E-mail: <a href="mailto:jayawickramarajahp@whosea.org">jayawickramarajahp@whosea.org</a></p>
<p><b>Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Ocidental</b></p> <p>Dr Ghanim Alsheikh, RA/HRD, WHO Eastern Mediterranean Regional Office; WHO Post Office, Abdul Razzak Al Sanhoury Street, Nasr City, Cairo 11371, Egípto</p> <p>Telefone: +20 2 670 2535 Fax: + 20 2 670 2492 ou 670 2494 E-mail: <a href="mailto:alsheikhg@emro.who.int">alsheikhg@emro.who.int</a></p>	<p><b>Escritório Regional da OMS para o Pacífico Oriental</b></p> <p>Dr Ezekiel Nukuro, Regional Advisor for Human Resources, WHO Regional Office for the Western Pacific; PO Box 2932 (United Nations Avenue), 1099 Manila, Filipinas</p> <p>Telefone: +63 2 528 8001 Fax: +63 2 521 1036 E-mail: <a href="mailto:nukuroe@wpro.who.int">nukuroe@wpro.who.int</a></p>

## Sede Mundial da OMS

Xu Baert, Coordenador do Dia Mundial da Saúde de 2006, Organização Mundial da Saúde, Avenue Appia 20, CH-1211 Genebra 27, Suíça

Telefone: +41 22 791 34 36

Fax: +41 22 791 47 47

E-mail: [baertx@who.int](mailto:baertx@who.int)







World Health  
Organization

[www.who.int](http://www.who.int)