



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Zoi Portela, Gustavo; Cavada Fehn, Amanda; Sarmento Ungerer, Regina Lucia; Dal
Poz, Mario Roberto

Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 7, julio, 2017, pp. 2237-2246

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63051952016>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional

Human resources for health: global crisis and international cooperation

Gustavo Zoio Portela ¹

Amanda Cavada Fehn ¹

Regina Lucia Sarmento Ungerer ²

Mario Roberto Dal Poz ¹

Abstract From the 1990s onwards, national economies became connected and globalized. Changes in the demographic and epidemiological profile of the population highlighted the need for further discussions and strategies on Human Resources for Health (HRH). The health workforce crisis is a worldwide phenomenon. It includes: difficulties in attracting and retaining health professionals to work in rural and remote areas, poor distribution and high turnover of health staff particularly physicians, poor training of health workforces in new sanitation and demographic conditions and the production of scientific evidence to support HRH decision making, policy management, programs and interventions. In this scenario, technical co-operation activities may contribute to the development of the countries involved, strengthening relationships and expanding exchanges as well as contributing to the production, dissemination and use of technical scientific knowledge and evidence and the training of workers and institutional strengthening. This article aims to explore this context highlighting the participation of Brazil in the international cooperation arena on HRH and emphasizing the role of the World Health Organization in confronting this crisis that limits the ability of countries and their health systems to improve the health and lives of their populations.

Key words Health personnel, Global health, International cooperation, International policy

Resumo A partir dos anos 1990 as economias nacionais tornaram-se entrelaçadas e globalizadas. Mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população evidenciaram a necessidade de novas discussões e estratégias sobre os Recursos Humanos em Saúde (RHS). A crise global da Força de Trabalho em Saúde (FTS) inclui dificuldades em atrair seus profissionais para áreas remotas e rurais; má distribuição e rotatividade desses profissionais, particularmente médicos; qualificação inadequada às novas condições sanitárias e demográficas; e a necessidade de produção de evidências científicas que apoiem os processos de decisão e gestão de políticas. As atividades de cooperação técnica podem colaborar para o desenvolvimento das capacidades dos países envolvidos, fortalecendo as relações e ampliando o intercâmbio, a geração, a disseminação e a utilização do conhecimento técnico científico, bem como a capacitação dos trabalhadores e o fortalecimento de suas instituições. Este artigo explora este contexto, destacando a participação do Brasil nas estratégias de cooperação internacional na área de RHS e ressaltando o papel da Organização Mundial da Saúde no enfrentamento dessa crise que limita a capacidade dos países e seus sistemas de saúde para melhorar a saúde e a vida de suas populações.

Palavras-chave Pessoal de saúde, Saúde global, Cooperação internacional, Política internacional

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R. São Francisco Xavier 524/Bloco E/7º, Maracanã. 20550-013 Rio de Janeiro RJ Brasil. gzportela.fiocruz@gmail.com

² Centro de Relações Internacionais em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

As economias nacionais vem se tornando cada vez mais intrincadas, ao mesmo tempo que as desigualdades sociais tem aumentado. O Relatório da Riqueza Global 2015 (do inglês *The Global Wealth Report 2015*) mostra que a concentração de renda mundial alcançou níveis tão críticos quanto o do mundo industrializado antes da Primeira Guerra Mundial¹.

A globalização, o envelhecimento da população e as mudanças no comportamento e nas expectativas dos usuários com os profissionais de saúde deslocaram dramaticamente as demandas sobre a força de trabalho em saúde (FTS) e evidenciaram a necessidade de novas discussões acerca desse componente crítico para o bom desempenho do setor e, subsequentemente, para o alcance das metas nacionais e globais de saúde²⁻⁴.

Esse contexto gerou o que se convencionou chamar de crise global da FTS, caracterizado por déficits nacionais e global e também pela desigualdade na distribuição de profissionais de saúde. Tal crise tem se mostrado como um dos mais importantes obstáculos para melhorar o desempenho e o acesso aos serviços e sistemas de saúde, sobretudo nos países em desenvolvimento³.

Da mesma forma, guerras civis, catástrofes naturais, bem como a crise econômica e problemas sociais decorrentes, levam à migração de profissionais de saúde, com sobrecarga das unidades de cuidado, interrupção dos programas de saúde e impacto global sobre a força de trabalho, alimentando a crise.

Essa complexa conjuntura, na qual se combinam causas e problemas antigos e novos, opera na determinação da saúde de populações em escala global e tem um impacto direto sobre o funcionamento dos sistemas de saúde e as necessidades de pessoal. A tarefa de identificar as sinergias programáticas na busca de melhores resultados e condições de saúde ganha potencialidades num cenário repleto de diversidade e dificuldades.

Diante disso, a articulação entre diferentes atores e organismos intergovernamentais no âmbito da cooperação técnica podem contribuir criticamente para a melhoria e o fortalecimento dos sistemas de saúde, com o compartilhamento de experiências, capacidades técnicas e recursos entre os países. Diferentes regiões enfrentam os mesmos problemas e desafios relacionados à FTS e as estratégias de cooperação internacional têm o potencial para contribuir positivamente para o desenvolvimento das capacidades dos países envolvidos, estreitando as relações e ampliando

o intercâmbio, a geração, a disseminação e a utilização do conhecimento técnico científico, bem como a capacitação dos recursos humanos e o fortalecimento de suas instituições.

Dentre os desafios já identificados internacionalmente, estão incluídas dificuldades em atrair profissionais de saúde para áreas remotas e rurais e redução da má distribuição e da grande rotatividade destes trabalhadores, particularmente dos médicos. Também destacam-se as necessidades de qualificar e adequar essa força de trabalho às novas condições sanitárias e demográficas, bem como de produzir evidências científicas que possam apoiar de forma coerente os processos de decisão e gestão de políticas, programas e intervenções sobre os recursos humanos⁵.

Este artigo tem o objetivo de discutir as condições e as opções de cooperação internacional, incluindo a participação do Brasil, bem como as estratégias que vêm sendo utilizadas no enfrentamento desta tensa conjuntura global que envolve os profissionais de saúde, procurando contribuir para uma agenda política e de pesquisa ao identificar as lacunas que limitam a capacidade dos países e seus sistemas de saúde em busca de melhores indicadores e condições de vida das populações.

Métodos

Os procedimentos metodológicos envolveram revisão narrativa da literatura publicada *online* sobre o panorama global da força de trabalho em saúde. As informações foram obtidas a partir das discussões de alguns dos principais especialistas da área, por pesquisa documental de agências internacionais e com base na experiência cotidiana dos autores. A revisão cobriu o período de 15 anos anteriores ao estudo (2002 a 2016) e os documentos pesquisados são de acesso público.

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, adequadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o estado da arte de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual, permitindo a aquisição e a atualização de conhecimento. Constitui-se fundamentalmente da análise da literatura, sua interpretação e apreciação crítica baseada na experiência pessoal do pesquisador⁶.

Nesse sentido, o artigo analisa os desafios, as tendências e algumas opções de políticas e ações em destaque na agenda global de cooperação técnica dos organismos internacionais e governos nacionais, na expectativa de contribuir para melhorar o conhecimento e a capacidade técni-

ca e institucional de intervenção sobre o cenário crítico da FTS. Em seguida foram identificadas algumas questões recorrentes na agenda global e nacional em saúde, como o importante déficit e a desigualdade na distribuição dos profissionais, os problemas relacionados à formação e educação, assim como a governança dos recursos humanos.

A crise global da Força de Trabalho em Saúde

Dados recentes estimam uma escassez global de 12,9 milhões de trabalhadores da saúde, com pelo menos 83 países enfrentando constrangimentos importantes. Projeções atualizadas, vinculadas ao crescimento da economia global, a processos de reforma do sistema de saúde e ao aumento das doenças crônico-degenerativas estimam que o déficit poderá ser ainda maior⁷⁻⁹.

Países com maior carga de doenças, como as regiões Africana e do Sudeste Asiático, continuam com um quantitativo de profissionais de até 10 a 15 vezes menor que as regiões Europeia e das Américas e que, em sua maioria, concentra-se nas zonas urbanas.

Na Europa, a demanda por cuidados de saúde deve aumentar dramaticamente com a continuidade do envelhecimento da população. Estima-se que o número de idosos acima de 65 anos deverá duplicar nos próximos 50 anos, passando de 87 milhões em 2010 para 152,7 milhões em 2060, com consequências importantes sobre como os sistemas de saúde respondem às necessidades da população. O número crescente de pessoas idosas com múltiplas condições crônicas exigirá novos tratamentos e modelos de prestação de cuidados,

bem como mudanças nas competências e novas formas de trabalho dos profissionais de saúde¹⁰ (Tabela 1).

Sem novas medidas para enfrentar esses desafios, estima-se uma escassez de cerca de 1 milhão de trabalhadores de saúde em 2020 (elevando-se a 2 milhões considerando-se as profissões auxiliares). Isso significa que cerca de 15% das necessidades de saúde da população europeia não serão cobertas, como demonstrado na Tabela 2.

Essas mudanças globais têm transformado o mercado de trabalho e imposto transformações nos processos educativos e formativos dos recursos humanos para a saúde.

Há um mercado global para os trabalhadores de saúde, mas é um mercado distorcido, determinado pelas desigualdades mundiais na prestação de cuidados de saúde e pela capacidade de pagar os trabalhadores, em vez de por necessidades de saúde e carga de doença¹¹.

Tradicionalmente, as abordagens que discutem estratégias que visam o planejamento dos RHS focam principalmente em estimativas do número de profissionais de saúde, baseadas em indicadores demográficos e, eventualmente, epidemiológicos, e na ampliação, reforma e melhoria dos processos educacionais, neste caso por meio de criação ou qualificação das universidades/faculdades ou ainda treinamentos ofertados¹². Apesar do poder preditivo desses enfoques, eles não capturam as diferenças entre os processos educacionais e de formação entre os países e as necessidades atuais e futuras de composição de força de trabalho da saúde, nem a dinâmica e a relação entre os mercados de trabalho e da formação¹³⁻¹⁵.

Tabela 1. Densidade Média (2000-2013) de trabalhadores de saúde (por 10 000 habitantes) das cinco principais categorias profissionais*, por Regiões de Saúde segundo a OMS.

Regiões da OMS	Médicos	Enfermeiras e Parteiras**	Odontólogos	Farmacêuticos
África	2,4	10,7	0,5	1,0
Américas	20,0	24,1	4,1	3,2
Sudeste da Ásia	6,1	9,0	1,0	3,9
Europa	32,3	41,7	5,6	8,6
Mediterrâneo Oriental	10,3	10,7	1,5	5,6
Pacífico Oriental	13,5	24,1	0,2	3,5
Global	12,3	17,6	0,8	3,6

Fonte: Adaptada de OMS, 2016¹⁶.

*Refere-se às sete grandes categorias profissionais de trabalhadores de saúde definidos no Relatório de Estatística Global da OMS (disponível: <http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/>): dentistas, farmacêuticos, profissionais de laboratório, trabalhadores de saúde pública e ambiental; trabalhadores de saúde comunitária, gestores e apoio logístico em saúde), outros trabalhadores de saúde. ** Em diversos países há dificuldade na obtenção de dados desagregados entre enfermeiras e parteiras.

Tabela 2. Estimativa do déficit de profissionais do setor saúde para 2020, segundo categoria profissional, UE.

Profissionais de saúde	Déficit estimado em 2020	Percentagem estimada de atenção em saúde à descoberto*
Médicos	230.000	13,5%
Dentistas, farmacêuticos e fisioterapeutas	150.000	13,5%
Enfermeiras/os	590.000	14,0%
Total	970.000	13,8%

Fonte: Adaptada de European Commission, 2012¹⁰.

* Estimativa com base nos atendimentos realizados em 2010.

O Acordo Geral sobre Comércio de Serviços (do inglês *General Agreement on Trade in Services* - GATS)¹⁷ tem contribuído para a remoção ou redução de barreiras ao fluxo da força de trabalho entre os países, ao mesmo tempo em que diferenças entre padrões de educação estão sendo reduzidas, o que, aliado a mecanismos reguladores que facilitam o trânsito e o rápido reconhecimento de qualificações, ajudaram a criar um mercado de trabalho global para a enfermagem e outras categorias de profissionais nesta área¹⁸.

Neste contexto, diversos autores¹⁹⁻²¹ têm identificado a relevância da cooperação internacional e da colaboração com parceiros para melhorar a base de conhecimentos sobre as tendências de pessoal de saúde, eficiência e sustentabilidade. Tais estratégias facilitam a colaboração entre os países e apoiam a criação de redes e o processo de advocacia, comunicação, monitoramento e de troca de informações. Paralelamente incentiva a construção de capacidade técnica nos países para avançar com a agenda de desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde, com prioridade para reforçar os processos da formação profissional voltados para uma educação transformadora, baseada em competências, mudanças de papéis, no trabalho em equipe e na inovação no aprendizado planejado para contextos específicos/locais. A cooperação em saúde fortalece também o desenvolvimento de estratégias de provimento e retenção de trabalhadores, sobretudo em áreas rurais e de difícil acesso, reduzindo as desigualdades de distribuição.

O caso brasileiro

A história da cooperação técnica em saúde no Brasil tem estreita relação com a Organização PanAmericana da Saúde (OPAS) e o Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS), estimulando parcerias estratégicas regulamentadas e sistematizadas

por meio de termos de cooperação (TC), instrumentos que fornecem legalidade e viabilizam as atividades definidas tanto nacional como internacionalmente²².

O destaque para as estratégias e as ações na área de recursos humanos possui expressão concreta na elaboração do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) em junho de 1976. A função básica do programa era atuar como promotor e instrumento catalisador de competências e capacidades, integrando e coordenando a participação de instituições e apoio a técnicas e financeiramente diferentes iniciativas²³.

Em dezembro de 1978 um novo acordo de cooperação OPAS-Brasil foi assinado, contudo até a primeira metade de 1979 as atividades de cooperação pouco avançaram.

Entre 1979-1980 o quantitativo da FTS no Brasil cresceu de forma importante (142,9% médicos e 125,6%, enfermeiros), mas já se evidenciava o grande crescimento de atendentes de enfermagem. A categoria de atendentes, segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (1985), era constituída por pessoal com graus de escolaridade variando entre primeiro incompleto (41,3%), primeiro completo (22,8%) e segundo incompleto (31,2%), mas sem qualificação específica para trabalhar no setor saúde²⁴. (correspondem aos níveis de ensino fundamental e médio, respectivamente na nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei nº 9304, de 20/12/96).

Esse expressivo quantitativo de profissionais com qualificação inadequada definiu a linha estratégica para as ações de cooperação técnica, destacando-se três propostas educacionais com responsabilidades sobre a formação de pessoal em saúde:

1. Projeto Larga Escala, iniciado na primeira metade da década de 1980, com o objetivo de capacitar pessoal de nível médio em *larga escala* para satisfazer as necessidades da demanda;

2. Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (CADRHU), lançado na segunda metade dos anos 1980, teve como objetivo contribuir para a modernização dos processos institucionais do campo de recursos humanos, assegurando sua compatibilização com os princípios e as metas da Reforma Sanitária.

3. Projeto GERUS, Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde, 1990, cujo objetivo era contribuir para a qualificação técnica/política de todos aqueles envolvidos com a responsabilidade de operação de estabelecimento de saúde sem internação, e dar suporte à estratégia de descentralização e de reorientação dos modelos assistencial e sanitário.

Em 1992, com base na experiência brasileira com o CADRHU, foi realizado o primeiro Curso Latino-Americano de Recursos Humanos em Saúde (CLARHUS), iniciativa que serviu de inspiração para outros e novos projetos a partir de 2005.

Segundo Iglesias Puente²⁵, o Brasil participou da evolução da cooperação técnica internacional desde seus primórdios. Inicialmente, e por muitos anos, na condição de país recipiendário, depois, na condição de compartilhador de experiências e conhecimentos em várias áreas. Para ele, “a cooperação técnica horizontal brasileira abrange atividades pontuais, projetos e programas que envolvem transferência, geração e disseminação de conhecimentos técnicos, experiências bem-sucedidas e capacitação de recursos humanos tendo em vista o fortalecimento de instituições do país recipiendário”.

No inicio dos anos 2000, o Brasil, que já oferecia uma ajuda externa ainda tímida na área de saúde, aumentou os processos de cooperação internacional principalmente para os países da América Latina e os de língua portuguesa na África (PALOP), por meio de um formato que ficou conhecido como “cooperação estruturante”²⁶, em contraposição ao modelo tradicionalmente praticado pelos países desenvolvidos e algumas agências financeiras, que procuravam impor suas agendas aos países recipientes. Nesta abordagem se reforçava a perspectiva de capacitação e sustentabilidade local.

Ressalta-se ainda uma gradual afirmação da posição que coloca a cooperação Sul-Sul no centro da agenda internacional a partir da metade dos anos 1990. A criação da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), em 1996, sua maior mobilização como instância política na década seguinte, e o papel de liderança do Brasil na condução das forças de paz no Haiti, a partir

de 2004, estão vinculadas às iniciativas que buscavam consolidar um perfil ativo e estratégico do país num cenário de relações globais, em especial para as iniciativas de realização de acordos de cooperação Sul-Sul²⁷.

No campo dos recursos humanos para a saúde, este redirecionamento permitiu o desenvolvimento de algumas iniciativas de cooperação com outros países, como de participação no debate da agenda global centrada no déficit crítico em muitas partes do mundo e na desigualdade de distribuição e dificuldade para o recrutamento de médicos em áreas rurais e de difícil acesso.

Em 2005 foi assinado entre a OPAS e o Brasil, com interveniência da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a SGETES, o Termo de Cooperação Nº. 41 (TC-41) – Programa de Saúde Internacional (PSI), com o objetivo de desenvolver ações voltadas para o intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias disponíveis em instituições do campo da saúde pública no Brasil e nos países integrantes da OPAS/OMS com prioridade para América do Sul e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). No escopo dessa cooperação foram aprovados 51 projetos, que desenvolveram mais de 680 atividades no período de 10 anos²⁸.

A partir de 2005 as relações do governo brasileiro com os países de língua portuguesa solidificaram-se e suas ações cooperativas ampliaram. Cita-se, por exemplo, a criação da Rede ePORTUGUÊSe como uma estratégia da OMS para fortalecer a colaboração nas áreas da informação e capacitação de RHS, aumentando as oportunidades de troca de informações em seu próprio idioma e de contribuições para o fortalecimento dos sistemas de saúde e melhorar o atendimento à população. Paralelamente, a experiência das Bibliotecas Azuis possibilitaram o acesso a manuais técnicos contendo informações básicas de saúde pública, doenças infecciosas, cuidados de enfermagem, saúde materna e infantil, gestão, AIDS, tuberculose, malária, entre outros.

Outra experiência de destaque foi o Curso Internacional de Especialização para Gestores de Recursos Humanos em Saúde (CIRHUS), que teve sua primeira edição realizada em 2006. Tratava-se de um projeto de cooperação técnica viabilizado por meio de um processo educacional, que se propôs a compartilhar experiências, problemas e soluções semelhantes no âmbito da gestão dos recursos humanos em saúde em diferentes países²⁹.

Nesse sentido, sublinha-se a atuação do Ministério da Saúde no período 2006 – 2014 jun-

to à Aliança Global para Força de Trabalho em Saúde (Global Alliance for Human Resources for Health), criada em 2006, uma parceria coordenada pela OMS com entidades governamentais, agências internacionais, instituições financeiras, centros de pesquisa entre outros atores relevantes e envolvidos nesta temática.

Dentre as varias intervenções implementadas para fixar profissionais de saúde em áreas de carência, a Estratégia Saúde da Família, apesar de não desenhada especificamente com tal objetivo, constitui-se talvez no exemplo mais bem-sucedido de expansão da cobertura de médicos no território nacional³. Mais recentemente essa estratégia se expandiu com base num acordo de cooperação entre a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde dando origem ao Programa Mais Médicos (PMM). O PMM foi executado com o recrutamento de médicos cubanos e a atração de médicos estrangeiros, além de brasileiros, com mecanismos de remuneração gerenciados diretamente pelo governo federal, com suporte local dos governos municipais e alguns incentivos para a formação especializada em medicina de família e comunidade²⁸.

Cooperação internacional e governança

A tendência em todo o mundo é de um agravamento da crise global dos RHS nos próximos anos, caso não sejam realizados investimentos maciços na sua formação e desenvolvimento. Os desafios postos não se limitam às fronteiras nacionais e exigem ações no nível regional ou mesmo global. As questões relacionadas a este tema ganharam espaço na agenda das diferentes organizações internacionais, ONGs, instituições acadêmicas e de pesquisa, gerando e motivando investigações, desenvolvimento de novas ideias e metodologias.

A cooperação técnica entre países pode ser vista como forma de garantir maior sustentabilidade das intervenções e reforço da capacidade institucional para influir em questões transnacionais e globais. Em busca de maior impacto e melhor manejo de recursos nas ações de cooperação, enfatizou-se a necessidade de monitoramento e avaliação permanente. A Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda, aprovada em 2005, é um acordo internacional incluindo mais de 100 países e organizações, que advoga uma maior harmonização, alinhamento e gestão da ajuda, definindo indicadores pelos quais os resultados podem ser monitorados²⁹.

Atualmente é aceito que o déficit de trabalhadores de saúde em muitos lugares está entre os

obstáculos mais significativos para que muitos países não tenham alcançado alguns dos três Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados à saúde: redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna e combate ao HIV/Aids e outras doenças, como a tuberculose e a malária. No âmbito da cooperação internacional, desde a adoção dos ODM, em 2000, houve aumento substancial do volume de recursos para a ajuda de forma que as metas estabelecidas fossem alcançadas. Há consenso internacional sobre a importância de uma ajuda mais eficaz, o que tem obrigado doadores e parceiros a reverem as suas políticas, procedimentos e práticas colaborativas em torno de estratégias globais relacionadas à FTS.

O Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2006 “Trabalhando Juntos para a saúde” colocou definitivamente os recursos humanos na agenda política global. O relatório propôs que a década fosse dedicada à ação sobre os profissionais de saúde, e agiu como um catalisador para numerosas iniciativas políticas e a adoção de várias resoluções sobre o assunto³⁰. Como decorrência deste Relatório, e sua repercussão, a OMS, diversas agências de cooperação internacional e organizações não governamentais, criaram a Aliança Global para a Força de Trabalho em Saúde (do inglês *Global Health Workforce Alliance* – GHWA), hospedada e administrada pela OMS, como uma plataforma de ação comum para mobilizar recursos e aumentar a capacidade de articulação política global para enfrentar o cenário crítico da escassez de trabalhadores do setor saúde.

No âmbito da OMS, várias iniciativas políticas deram origem à adoção de outras resoluções sobre o tema: Código Global de Práticas para o Recrutamento Internacional de Pessoal de Saúde (2010)³¹; Reforço às condições de saúde da força de trabalho (2011)³²; Reforço da enfermagem e obstetrícia (2011)³³; Transformar a educação dos profissionais de saúde e apoiar a cobertura universal de saúde (2013)³⁴, e Seguimento da Declaração Política do Recife sobre Recursos Humanos para a Saúde: renovação de compromissos para com a cobertura universal de saúde (2014)³⁵. Em 2015, na Assembleia Mundial da Saúde, foi reiterada a importância da FTS em todas as diferentes áreas da OMS, incluindo os sistemas de saúde, sobre cuidados cirúrgicos e ação global em emergências, entre outros.

O mesmo processo ocorreu em diversas regiões da OMS. Na região das Américas, por exemplo, a VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, em 2005, aprovou o “Chamado de Toronto à Ação por uma Dé-

cada de Recursos Humanos em Saúde para as Américas (2006-2015)”³⁶. Posteriormente, a 27ª Conferência Pan-Americana da Saúde, aprovou resolução de 20 metas regionais a serem alcançados até 2015, no processo de transformação dos sistemas de saúde para a atenção primária à saúde de renovada e a integração dos serviços. As metas foram agrupadas de acordo com as cinco áreas mencionadas no Chamado de Toronto à Ação: 1) definição de políticas e planos de longo prazo, 2) melhoria na distribuição de profissionais, 3) regulação dos fluxos profissionais e da migração, 4) criação de ambientes de trabalho saudáveis e 5) estabelecimento de ligações entre as instituições de formação e os serviços³⁷.

A realização dos Fóruns Globais sobre Recursos Humanos para a Saúde se constituíram em importantes iniciativas no âmbito global: Uganda em 2008, Tailândia em 2011 e Brasil em 2013, respectivamente. Os Fóruns reuniram especialistas, gestores e os profissionais de saúde em torno do objetivo comum de desenvolver estratégias para alcançar as metas de saúde relacionadas aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

A adoção dessas resoluções indicou a preocupação e mesmo o reconhecimento da OMS, parceiros e Estados membros da organização, sobre a importância dos recursos humanos e o entendimento de que o investimento na cooperação técnica internacional pode melhorar os indicadores de saúde da população, impulsionar o desenvolvimento econômico e agir como uma primeira linha de defesa para a segurança da saúde global.

Na Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2014, a OMS comprometeu-se a desenvolver uma Estratégia Global na esfera da força de trabalho que foi apresentada ao Conselho Executivo no início de 2016 e, finalmente, aprovada na Assembleia Mundial da Saúde de maio de 2016.

A elaboração da Estratégia envolveu uma larga consulta aos países que culminou com a produção de 8 documentos temáticos reunindo evidências em apoio às propostas sistematizadas.

A “Estratégia Global sobre Recursos Humanos para a Saúde: Força de Trabalho 2030”, aprovada em 2016, está direcionada principalmente para os planejadores e os formuladores de políticas a nível global, regional e nacional, mas o seu conteúdo é de importância para todas os interessados na área de pessoal de saúde, incluindo os empregadores do setor público e privado, associações profissionais, instituições educacionais e de formação, sindicatos, parceiros de desenvolvimento bilaterais e multilaterais, organizações internacionais e da sociedade civil⁹.

Como resposta articulada e institucional aos desafios da formação de profissionais de saúde, a OMS, em parceria com agências de cooperação internacional, estabeleceu uma iniciativa para acelerar e transformar a educação desses trabalhadores, especialmente os médicos, enfermeiras e parteiras profissionais. Essa iniciativa produziu uma série de recomendações e orientações para que os países adotem novas abordagens metodológicas e pedagógicas no processo formativo, com o intuito de transformar os sistemas e incentivar a formação fora dos ambientes tradicionais dos hospitais terciários e promover a participação da comunidade, potencializar a promoção e o estabelecimento de atividades articuladas entre os setores da educação, da saúde e outros relacionados³⁸.

As recomendações abrangem uma grande variedade de questões, desde o desenvolvimento de currículos relevantes envolvendo as comunidades até a formação dos profissionais de saúde com as habilidades para serem professores de alta qualidade e competência clínica. Assim, um maior alinhamento entre as instituições de ensino e o sistema de saúde é fundamental para produzir as mudanças transformadoras e a liderança na preparação de futuros trabalhadores com interesse e afinidade para atuar em áreas rurais e remotas, por exemplo, onde os desafios da equidade e igualdade na saúde permanecem³⁸. Estudo e pesquisas de avaliação neste campo são essenciais para o planejamento e construção de uma agenda futura da FTS.

É interessante notar que embora muito esteja sendo feito para a realização de objetivos vinculados aos cuidados de saúde, a diferença entre o que pode ser feito e o que está sendo feito está aumentando. O sucesso na redução dessa diferença será determinado em grande parte pelo desenvolvimento da força de trabalho paralelamente à melhoria dos sistemas de saúde, com ênfase na governança dos recursos humanos.

Como demonstrado por Dieleman e Hilhorst³⁹, a governança parece ser uma questão negligenciada neste nicho, o que poderia ser uma razão importante que justificaria a fragilidade das políticas de recursos humanos e seu processo de implantação, os quais com frequência são caracterizados pela deficiência de qualidade técnica. Nos países em desenvolvimento a inadequação destes elementos vem sendo notificada e evidenciada por diversos estudos^{5,40-43}.

A governança representa o ambiente global e o contexto no qual são conduzidos e garantidos os processos de desenvolvimento da força de

trabalho de saúde, de acordo com o quadro conceptual desenvolvido pela OMS e outros parceiros, em 2009, concentrando-se em seis principais campos de ação: políticas, liderança, parcerias, finanças, educação e sistemas de gestão de recursos humanos (GRH).

Dentre os problemas, se incluem a falta de apoio político para a implementação de programas ou para alcançar os objetivos dos RHS e dificuldades com a implementação de políticas ou estratégias. Disponibilidade, prazos, cobertura e qualidade dos dados, informações e evidências são grandes limitações em praticamente todas as regiões.

A eficiência reduzida nos processos de liderança se refletem na pouca expressão e baixa capacidade técnica e institucional dos departamentos de recursos humanos dentro dos ministérios da saúde⁴⁴.

Parcerias setoriais e multisetoriais para o desenvolvimento dos profissionais de saúde estão aquém do ótimo na maioria dos países, com poucas ou nenhuma plataforma eficaz para a coordenação e diálogo. A participação dos interessados para além dos ministérios e das instituições do setor saúde é muitas vezes limitada⁴¹.

Devido às ações fragmentadas e à falta de atenção às questões de pessoal de saúde, o investimento em RHS não é adequado em muitos países. A situação adversa se reflete na baixa remuneração ou em más condições de trabalho para os trabalhadores de saúde e no financiamento inadequado para a educação e a formação nesses países. Mesmo nos países com nível relativamente adequado de recursos para RHS, em geral, também há muito espaço para melhoria da eficiência e ações concertadas na alocação de verbas e desenvolvimento de pessoal de saúde.

No caso dos países que dependem do apoio de doadores externos para a saúde, incluindo RHS, especialmente aqueles que enfrentam emergências complexas, o financiamento pode ser muitas vezes imprevisível e em muitas circunstâncias ineficaz na sua utilização final⁴⁵. Os doadores muitas vezes investem apenas na formação em serviço, em detrimento da educação graduada.

Estudo recente sobre programas de RHS nas Américas, mostrou que o desafio mais frequente para a execução ou continuidade dos programas era a dificuldade na sustentabilidade financeira. E a limitação financeira não se restringe à manutenção ou expansão de programas, mas inclui também a criação/implementação de políticas

nacionais para os profissionais em saúde⁵. O comprometimento das diferentes agências e os Ministérios da Saúde com os processos de cooperação e o desenvolvimento dos programas foi um dos aspectos positivos encontrado no estudo.

Nesse sentido, diversas pesquisas mostram forte demanda por cooperação técnica em áreas com pouca ou nenhuma informação e com raras evidências sobretudo acerca do financiamento, remuneração, custo da educação e formação e outros aspectos de desenvolvimento de pessoal da área da saúde.

Considerações finais

Uma ação contemporânea para o desenvolvimento global dos recursos humanos para a saúde, incorporado na agenda 2030 para o desenvolvimento, exige um processo articulado de cooperação global, entre as agências internacionais e os diferentes países. Essa estratégia deve ter o objetivo de superar a crise da FTS, promovendo intervenções e desenvolvendo programas que aumentem a capacidade nacional e internacional para o planejamento, a liderança e a governança das ações relacionados a este campo.

Há o reconhecimento de que os progressos realizados na implementação de agendas de cooperação continuam aquém do esperado e que a arquitetura da ajuda internacional sofreu mudanças profundas na última década, as quais serão futuramente incorporadas em uma perspectiva mais abrangente de fortalecimentos e superação do cenário crítico da quantidade, qualidade e distribuição de profissionais de saúde. A parceria global em torno de princípios comuns deveria unir diversos elementos e atores, como os novos doadores e o setor privado, definindo graus de compromisso diferenciados para cada um, no pressuposto de que a ajuda pública, apesar de essencial, é um dos elementos necessários à promoção e sustentabilidade dos RHS.

Ao mesmo tempo, os esforços internacionais devem focar no aumento dos mecanismos e da capacidade dos sistemas de informação para acompanhamento dos indicadores, não só de estoque ou densidade da força de trabalho de saúde, mas também para recolha de dados desagregados sobre a disponibilidade, a acessibilidade, a aceitabilidade e a qualidade da força de trabalho para atender as necessidades da população, assegurando a prestação de cuidados de qualidade e igualdade no acesso às intervenções de saúde.

Colaboradores

GZ Portela, AC Fehn, RLS Ungerer e MR Dal Poz participaram da concepção do texto, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Referências

- Credit Suisse Research Institute (CSRI). *Global Wealth Report 2015*. Geneva: CSRI; 2015.
- Bacon TJ, Newton WP. Innovations in the education of health professionals. *N C Med J* 2014; 75(1):22-27.
- Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(10):1924-1926.
- Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health* 2003; 1(1):1.
- Dal Poz MR, Sepulveda HR, Costa Couto MH, Godue C, Padilla M, Cameron R, Vidaurre Franco TA. Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. *Hum Resour Health* 2015; 13:24.
- Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(2):v-vi.
- World Health Organization. A universal truth: no health without a workforce. Global Health Workforce Alliance. World Health Organization, 2014. [acessado 2016 out 10]. Disponível em: <https://goo.gl/qh8uvB>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). *Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth*. Geneva: OMS; 2016.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). *Health Workforce 2030: towards a global strategy on human resources for health*. Geneva: OMS; 2015.
- European Commission (EC). *Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and The Committee of The Regions*. Brussels: EC; 2012.
- Commission of the European Communities (CEC). EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries. Brussels: CEC; 2005.
- McPake B, Maeda A, Araújo EC, Lemiere C, El Maghraby A, Cometto G. Why do health labour market forces matter? *Bull World Health Organ* 2013; 91(11):841-846.
- Dieleman M, Hilhorst T. Governance and human resources for health. *Hum Resour Health* 2011; 9:29.
- Gupta N, Castillo-Laborde C, Landry MD. Health-Related Rehabilitation Services: Assessing the Global Supply of and Need for Human Resources. *BMC Health Serv Res* 2011;11:276.
- Gupta N, Maliqi B, França A, Nyongator F, Pate MA, Sanders D, Belhadj H, Daelmans B. Human Resources for Maternal, Newborn and Child Health: From Measurement and Planning to Performance for Improved Health Outcomes. *Hum Resour Health* 2011; 9:16.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. 2016. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/
- World Trade Organization (WTO). *The General Agreement on Trade and Services (GATS): objectives, coverage and disciplines*. Geneva: WTO; 1995.
- Clark PF, Stewart JB, Clark DA. The globalization of the labour market for health-care professionals. *International Labour Review* 2006; 145(1-2):37-64.
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376(9756):1923-1958.
- Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med* 2014; 370(10):950-957.
- Buchan J, Perfilieva G. *Making progress towards health workforce sustainability in the WHO European region*. Brasília: OMS; 2015.
- Paiva CHA, Pires-Alves FA, Hochman G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). *Cien Saude Colet* 2008; 13(3):929-939.
- Pires-Alves FA, Paiva CHA. *Recursos Críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975- 1988)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
- Castro JL. *Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil*. Natal: Observatório RH-NESC UFRN, Ministério da Saúde, OPAS; 2008.
- Iglesias Puente CA. *A Cooperação Técnica Horizontal Brasileira da Política Externa: a evolução da cooperação técnica em países e desenvolvimento - CTPD - nos períodos 1995-2005*. Brasília: Funag; 2010.
- Almeida CM, Campos RP, Buss PB, Ferreira JR. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde* 2010; 4(1):25-35.
- Alves FAP, Paiva CHA, Santana JP. *Cooperação Internacional, Política Externa e Saúde: contribuição ao processo de avaliação do Termo de Cooperação Opas-Brasil nº 41 (TC 41)*. Rio de Janeiro: Observatório História e Saúde; 2010.

28. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Avaliação do Programa de Cooperação Internacional em Saúde-Intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias entre instituições do campo da saúde pública no Brasil e nos países integrantes da OPAS/OMS. Relatório Técnico Final. Brasília: OPAS; 2015.
29. Sundewall J, Forsberg BC, Jönsson K, Chansa C, Tomsson G. The Paris Declaration in practice: challenges of health sector aid coordination at the district level in Zambia. *Health Research Policy and Systems* 2009; 7:14.
30. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial de saúde, 2006: trabalhando juntos pela saúde. Brasília: Ministério da Saúde, OMS, 2007.
31. Sixty-Third World Health Assembly, Agenda Item 11.5, WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, WHA63.16 (May 21, 2010). [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf
32. Sixty-Fourth World Health Assembly, Agenda item 13.4, Health workforce strengthening WHA64.6 (24 May 2011). Disponível em : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R6-en.pdf
33. Sixty-Fourth World Health Assembly, Agenda item 13.4, Strengthening nursing and midwifery. WHA64.7 (24 May 2011). [acessado 2016 jun 10]. Disponível em : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R7-en.pdf
34. Sixty-Sixth World Health Assembly, Agenda item 17.3, Transforming health workforce education in support of universal health coverage. WHA66.23 (27 May 2013). [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R23-en.pdf
35. World Health Organization 2014. WHA 67.24 - Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_les/WHA67/A67_R24-en.pdf?ua=1
36. Pan American Health Organization. Call to Action. Toronto: 2006-2015: towards a decade of human resources for health in the Americas. Regional Meeting of the Observatories of Human Resources in Health. Washington; 2006. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/fulltext/CallAction_eng1.pdf
37. Pan American Health Organization. 27th Pan American Sanitary Conference 59th Session of the Regional Committee. Regional Goals for Human Resources for Health 2007-2015. In: Final Report. CSP27/FR (Eng.) 5 December 2007. Washington, D.C., USA, 1-5 October 2007. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: <http://www1.paho.org/english/gov/csp/csp27-fr-e.pdf?ua=1>
38. World Health Organization (WHO). Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013. Genebra. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://whoeducationguidelines.org/sites/default/files/uploads/WHO_EduGuidelines_20131202_web.pdf
39. Dieleman M, Hilhorst T. Governance and human resources for health. *Human Resources for Health* 2011; 9(29). [acessado 2016 ago 15]. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/1478-4491-9-29>
40. El-Jardali F, Jamal D, Abdallah A, Kassak K. Human resources for health planning and management in the Eastern Mediterranean Region: facts, gaps and forward thinking for research and policy. *Human Resources for Health* [Online]. 2007. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/contents/5/1/9>
41. Broek AVD, Gedik FG, Dal Poz MR, Dieleman M. Policies and practices of countries that are experiencing a crisis in human resources for health: tracking survey / (Human Resources for Health Observer, 6). Genebra: World Health Organization; 2010. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44480/1/9789241500821_eng.pdf
42. Dieleman M, Shaw D, Zwanikken P. Improving the implementation of health workforce policies through governance: a review of case studies. *Human Resources for Health*, 9 (Suppl 10). 2011. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/9/1/10>
43. Gopinathan U, Lewin S, Glenton C. Implementing large-scale programmes to optimise the health workforce in low- and middle-income settings: a multicountry case study synthesis. *Trop Med Int Health*;19:1437-56. 2014. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12381/epdf>
44. Nyoni J, Gedik G. Capacidades de gestão e liderança dos recursos humanos de saúde na região africana: análise das unidades de recursos humanos de saúde integradas nos Ministérios da Saúde. (Human Resources for Health Observer, 9). Genebra. Organização Mundial da Saúde. 2013. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: http://who.int/hrh/resources/WHO_Obs_9_POR_v3_WEB.pdf
45. Organização Mundial da Saúde (OMS). Health systems strengthening in countries of the Eastern Mediterranean Region: challenges, priorities and options for future action. Resolution of the WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean, the fifty-ninth session (EM/RC59/R.3). 2012. [acessado 2016 jun 10]. Disponível em: <http://www.emro.who.int/about-who/rc59/>

Artigo apresentado em 27/09/2016

Aprovado em 28/11/2016

Versão final apresentada em 06/02/2017