



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## **52º CONSELHO DIRETOR** **65ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 30 de setembro a 4 de outubro de 2013*

---

*Tema 4.4 da agenda provisória*

CD52/6 (Port.)  
19 de agosto de 2013  
ORIGINAL: INGLÊS

### **RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE**

#### **Melhorar o acesso a profissionais de saúde capacitados em sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde**

#### **Introdução**

1. Nos últimos anos, na Região das Américas, houve importante progresso entre os Estados Membros em implementar uma agenda de desenvolvimento inclusiva que tivesse políticas sociais como componente central. Em alguns países, a sinergia entre o crescimento econômico sustentado e políticas sociais inclusivas explica a redução do número de pessoas vivendo na pobreza e a diminuição da desigualdade na distribuição de riqueza, em paralelo a melhorias nos níveis de emprego e alfabetização. Essas tendências, por sua vez, têm contribuído para maior demanda por serviços sociais da qualidade. A afirmação da saúde como um direito humano fundamental é um componente central desta agenda. O desenvolvimento de sistemas de saúde unificados, a renovação da atenção primária à saúde (APS) e a busca de modelos mais bem integrados de serviços de saúde orientados à comunidade, centrados no indivíduo representam estratégias básicas para concretizar este direito. Está crescendo o consenso em torno do conceito da cobertura universal de saúde como uma das principais metas de desenvolvimento global no futuro.

2. Um dos obstáculos mais difíceis e generalizados à cobertura universal de saúde é a disparidade na disponibilidade e acessibilidade aos recursos humanos em saúde (RHS). Todos os indivíduos e comunidades necessitam ter acesso a profissionais da saúde no momento adequado, no lugar adequado e que possuam competência adequada. A meta de cobertura universal de saúde e a estratégia de atenção primária à saúde representam assim enormes desafios em termos de RHS. Mas, ao mesmo tempo, elas fornecem a estrutura fundamental e imprescindível e diretrizes de políticas para a boa gestão dos recursos humanos de maneira que esta seja dinâmica, eficaz, acessível, apropriada e receptiva às necessidades de saúde da comunidade e circunstâncias sociais variadas e em constante evolução.

3. As 20 Metas Regionais para Recursos Humanos em Saúde 2007–2015, adotadas pela Conferência Sanitária Pan-Americana em 2007, foram formuladas com base nos valores e componentes básicos de um sistema de saúde baseado na APS. Estes valores são o direito ao gozo do grau mais alto de saúde, igualdade e solidariedade. A avaliação e monitoramento atuais das Metas Regionais fornece dados sobre o progresso realizado no âmbito regional e dos países. Embora ainda não esteja finalizada, a avaliação já destaca os obstáculos críticos para maior progresso na redução das desigualdades e melhoria do acesso a profissionais de saúde capacitados. A meta de cobertura universal de saúde deve dar mais ímpeto para enfrentar esses problemas e materializar os benefícios previstos da cobertura universal de saúde à toda a sociedade.

4. Este documento foi elaborado a pedido da 152<sup>a</sup> Sessão do Comitê Executivo, 17–21 de junho de 2013. Procura-se aqui identificar as reformas cruciais e as diretrizes de políticas necessárias para melhorar o acesso a profissionais de saúde capacitados nos sistemas de saúde baseados na APS, com atenção especial às comunidades subatendidas e vulneráveis. Destaca-se a importância de desenvolver novos modelos de governança de RHS e de fortalecer a capacidade de planejamento colaborativo de RHS. O documento se baseia em resoluções anteriores da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), especificamente as Resoluções [CSP27.R7](#) (2007), Metas regionais para recursos humanos em saúde 2007–2015; [CD50.R7](#) (2010), Estratégia para desenvolvimento de competência do pessoal da saúde em sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde; [CD49.R22](#) (2009), Redes integradas de prestação de serviços de saúde baseados na atenção primária à saúde; e, de modo mais em geral, nas Resoluções [CSP28.R13](#) (2012), Estratégia para prevenção e controle de doenças não transmissíveis e [CD49.R13](#) (2009), Saúde familiar e comunitária, entre outros.

### **Antecedentes**

5. Além do financiamento equitativo e sustentável, existem dois objetivos relativos aos sistemas de saúde que são de vital importância para a cobertura universal de saúde. O primeiro é a ampliação do alcance, profundidade e qualidade dos serviços oferecidos. Espera-se que os serviços disponíveis à comunidade resolvam os problemas de saúde mais críticos e prevalentes: eles devem incluir atenção curativa e avançar além disso realizando a promoção da saúde, proteção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação e cuidados paliativos. Este é um objetivo ambicioso e complexo, em vista da necessária transição de intervenções episódicas na assistência de saúde à atenção contínua, em particular para o controle de problemas crônicos ao longo do curso de vida. O segundo objetivo, igualmente desafiante, é a expansão da proporção da população com efetivo acesso a esses serviços. Mesmo em sistemas de atenção universal à saúde bem consolidados e dotados de recursos adequados, com frequência ainda persistem desigualdades no acesso entre grupos populacionais específicos e comunidades vulneráveis.

6. As barreiras que dificultam o acesso à atenção de saúde integral e de qualidade são múltiplas e diversas dada as diferentes realidades dos países na Região. Em alguns casos, as barreiras são geográficas. Em outros, as barreiras críticas são predominantemente de caráter socioeconômico e cultural e estão relacionadas a gênero, etnia, idade, renda, religião, idioma, condição de residência, mobilidade e estilo de vida.

7. Três modelos distintos, cada um com os seus respectivos pontos fracos e fortes, podem ser aplicados para projetar os requisitos de atenção de saúde da população e os requisitos de RHS relacionados: planejamento baseado na utilização, planejamento efetivo baseado na demanda e planejamento baseado nas necessidades. Os modelos baseados na utilização determinam as necessidades futuras ao avaliar os padrões históricos de utilização dos serviços de saúde. Os modelos efetivos de demanda baseiam as necessidades nos recursos disponíveis para atendê-las. O planejamento segundo as necessidades leva em consideração características populacionais variáveis, perfis epidemiológicos e as opções correspondentes nas equipes de saúde nas comunidades para atender as necessidades de forma eficiente em termos de custo.

8. Nos países são usados métodos diversos para definir e estimar a falta de profissionais da saúde. Um indicador em geral usado para ajudar a definir a adequação de avaliar comparativamente os recursos humanos é a razão do número de profissionais de saúde por habitantes, que normalmente indica o número de médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde por 1.000 habitantes. Assim, a densidade de profissionais de saúde pode ser comparada em diferentes áreas ou jurisdições políticas/administrativas. Porém, este método tem sérias limitações, pois não leva em consideração outras variáveis fundamentais como morbidade, disponibilidade da competência relevante, produtividade, modelos de atenção e local de prática. Foram elaborados indicadores mais complexos para identificar áreas de falta de profissionais da saúde e áreas subatendidas por serviços médicos, que usam parâmetros pré-definidos para calcular a razão de médicos, dentistas, ou profissionais de saúde mental de atenção primária em regime de tempo integral por habitante. É com frequência usada a razão do número de famílias ou domicílios por equipe de saúde para guiar as decisões relativas à expansão da cobertura de saúde no primeiro nível da atenção.

9. É fundamental ter dados robustos sobre a força de trabalho de saúde e sua distribuição para a formulação e o monitoramento de políticas e programas para reduzir as desigualdades no acesso a profissionais da saúde capacitados. Não há norma nem padrão universal comprovado para o número e a composição ideais do pessoal da saúde em vista da multiplicidade de fatores que atuam para que sejam produzidos e alcançados os resultados pretendidos de saúde. No entanto, há maior consenso sobre o padrão *mínimo*. O Relatório Mundial de Saúde 2006: Trabalhando juntos para a saúde adiantou o cálculo do limite de 2,28 profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e parteiras) por 1.000 habitantes como sendo o mínimo necessário para propiciar um conjunto básico de

intervenções de saúde (como cobertura de 80% dos partos por parteiras capacitadas). Este cálculo do limite terá de ser revisado levando-se em consideração as mudanças na necessidade de cobertura universal de saúde. É definitivamente responsabilidade de cada país estabelecer seus próprios objetivos e indicadores, monitorar o progresso para a redução das desigualdades e seguir respondendo pela implementação das melhorias necessárias.

10. Há cada vez mais evidências que demonstram o impacto dos diversos modelos de atenção primária à saúde nos desfechos de saúde.<sup>1</sup> Os modelos de prestação de APS dentro de sistemas de cobertura universal de saúde fornecem atenção em equipe que possibilita que o pessoal seja mobilizado e utilizado com maior efetividade e eficiência segundo o nível de competência. Este modelo valoriza tanto as relações de trabalho entre as diferentes profissões como as suas respectivas contribuições aos desfechos de saúde. Uma mescla de pessoal que é flexível e receptiva às necessidades locais libera os médicos para que possam atender as necessidades mais prementes dos pacientes. Este grau de flexibilidade permite melhorar o contato com os pacientes, dar continuidade à atenção e assumir responsabilidade na prestação de assistência de saúde. Como eles servem nas comunidades e com frequência são recrutados nas comunidades locais, os profissionais de atenção primária são em geral mais sensíveis às necessidades locais dos diversos grupos culturais, étnicos e religiosos. Os currículos de formação profissional e programas de educação contínua para profissionais de atenção primária dão ênfase à competência necessária para atender essas necessidades locais. O modelo de prestação de APS promove o diálogo da comunidade e aumenta a participação dos interessados diretos na elaboração de políticas e programas. Também cria oportunidades para associações com outras organizações de serviços de saúde, serviços comunitários e organizações voluntárias e para a participação familiar no manejo da atenção.

### **Análise**

11. O monitoramento das Metas Regionais para Recursos Humanos em Saúde 2007–2015 facilitará a avaliação do progresso em toda a Região com relação à situação da força de trabalho de saúde e sua contribuição ao desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na APS. Assegurar a disponibilidade e a acessibilidade a pessoal da saúde capacitado com a competência técnica e cultural relevante para lidar com as necessidades de comunidades subatendidas e vulneráveis continua sendo um desafio para as autoridades sanitárias nacionais. Como exemplo ilustrativo, existem atualmente cerca de 5.900 áreas designadas com falta de profissionais de APS nos Estados Unidos. Dependendo dos critérios usados, estima-se que um adicional de 7.550 a 16.000 médicos

---

<sup>1</sup> Ver, por exemplo, F. C. Guanais and J. Macinko, “The Health Effects of Decentralizing Primary Health Care in Brazil,” *Health Affairs* 28, no. 3 (2009): 1127-1135.

de APS seria necessário para sanar esta escassez.<sup>2</sup> De acordo com um estudo realizado em 2010 no Brasil, havia 1.280 municípios com falta de médicos, correspondendo a mais de 28 milhões de pessoas, principalmente nas regiões Norte e Nordeste.<sup>3</sup>

12. Para atingir resultados ideais, os modelos de prestação de APS requerem profissionais médicos com competência relevante, liderança e compromisso. Um estudo sobre cursos de pós-graduação médica em 14 países latino-americanos revelou que, em 2010, 18% do total de vagas no primeiro ano de programas de residência médica eram em medicina de família ou equivalente, como medicina geral na Argentina e Costa Rica, medicina geral integral em Cuba e saúde familiar, comunitária e intercultural, de na Bolívia. Porém, se excluíssemos Cuba da análise (69% das vagas de residência médica de primeiro ano em Cuba eram em medicina geral integral ou 3.299 de um total de 4.801), esta porcentagem é reduzida pela metade, a 9% nos demais países. Ela se compara a 11% nos Estados Unidos, 28% na Espanha e 43% no Canadá.

13. A formulação de políticas e estratégias nacionais de RHS requer planejamento baseado em evidências científicas para orientar a tomada de decisão. Existe uma variedade de ferramentas e recursos para ajudar os países a elaborar planos estratégicos nacionais.<sup>4</sup> Tais planos estão alinhados com estratégias mais amplas para o desenvolvimento socioeconômico e contem objetivos a curto prazo e a longo prazo para expandir a educação e a formação de profissionais de saúde, a fim de reduzir os desequilíbrios e a má distribuição da força de trabalho, fortalecer o desempenho do pessoal, melhorar a retenção de pessoal e adaptar-se às importantes reformas do setor da saúde.

14. A produção de RHS na Região ainda não está em sincronia com as necessidades de um sistema de saúde baseado na APS. Os conceitos de cobertura universal de saúde e APS ainda não penetraram e transformaram as instituições de ensino acadêmico de maneira significativa. Como demonstram várias iniciativas,<sup>5</sup> é preciso mudar urgentemente o paradigma da educação médica e das ciências da saúde.<sup>6</sup> Esta grande mudança cultural, por sua vez, requer a renovação da governança dos recursos humanos, expressa em acordos e programas interinstitucionais inovadores baseados em um

---

<sup>2</sup> Ver: Health Resources and Services Administration, US Department of Health and Human Services. Disponível em [www.hrsa.gov/shortage/](http://www.hrsa.gov/shortage/).

<sup>3</sup> Ver: Índice de escassez de médicos no Brasil: Estudo exploratório no âmbito da atenção primária, Girardi et al., 2012. Disponível em <http://epsn.nescon.medicina.ufmg.br/epsn/>.

<sup>4</sup> Para ferramentas de planejamento e recursos, ver: Observatório Regional de Recursos Humanos da OPAS, disponível em <http://observatoriorh.org>; e da OMS, disponível em <http://who.int/hrh> e <http://www.capacityproject.org/framework>.

<sup>5</sup> Um bom exemplo é *Beyond Flexner: Social Mission in Medical Education*. Ver: <http://www.medicaleducationfutures.org/FlexnerSynopsis>.

<sup>6</sup> Ver o exemplo: *Global consensus on social accountability of medical schools*. Disponível em <http://healthsocialaccountability.org/>.

relacionamento e diálogo sustentados entre as autoridades nacionais sanitárias e as instituições acadêmicas, norteadas pelo desenvolvimento de uma visão comum a longo prazo. Para ter um efeito positivo nos resultados de saúde, o subsistema de ensino profissional deve elaborar novas estratégias institucionais e de ensino.<sup>7</sup>

15. Há crescente conscientização da importância da migração internacional de profissionais da saúde na formulação dos planos e estratégias de RHS. No Código de Conduta Global para o Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde, adotado pela Assembleia Mundial da Saúde em 2010, destacaram-se as considerações éticas relacionadas aos países de origem e de destino e reiterou-se a necessidade de assegurar tratamento justo ao pessoal de saúde migrante.

16. O planejamento de RHS alicerçado na cobertura universal de saúde com atenção primária de alta qualidade na Região é, porém, limitado e esporádico, e é complicado por interesses concorrentes dos setores segmentados da saúde e da educação. O processo de assegurar coerência na produção de RHS e alinhamento com a dinâmica dos mercados de trabalho e os objetivos dos sistemas de saúde está ainda em uma etapa preliminar. Serão precisos esforço e liderança renovados para respaldar as negociações e a tomada de decisão, para atrair de modo sustentado os principais interessados diretos e partes interessadas a fim de capacitar, produzir dados de qualidade e evidências, assegurar a flexibilidade em práticas de gestão de RH e conceber um sistema equilibrado de incentivos financeiros e enfoques reguladores.

**Proposta: Áreas de desenvolvimento de RHS cruciais para melhorar o acesso a profissionais da saúde capacitados em sistemas de saúde baseados na APS**

***Fortalecer a capacidade de planejamento de recursos humanos em saúde***

17. O planejamento de RHS requer a formulação de planos e estratégias de gestão apropriados para assegurar que existam profissionais de saúde suficientes para suprir as necessidades de saúde da população, tanto hoje como no futuro. O planejamento de recursos humanos requer firme liderança e capacidade técnica e a existência de uma unidade estratégica ou de planejamento com competência diversificada, incluindo análises demográfica e estatística usando diversas fontes de informação e centros de pesquisa. Se por um lado metodologia sólida e dados robustos são essenciais para apoiar e guiar o processo, por outro a capacidade de atrair a atenção e participação e negociar com as partes interessadas determina, em grande parte, os resultados. De uma perspectiva de APS, existe claramente necessidade de integrar melhor o planejamento entre as profissões, com atenção especial à mescla de aptidões e equilíbrio geográfico. A experiência dos países com capacidade de planejamento estabelecida demonstra que, de

---

<sup>7</sup> Ver: *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. Frenk et al. Lancet 2010; 376: 1923-58. ([www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)).

um foco inicial na força de trabalho médica, a atenção está rapidamente passando às relações entre as profissões de saúde que são básicas à APS como medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, nutrição, e serviço social, entre outras.

***Reformar o ensino de profissionais da saúde para apoiar sistemas de saúde baseados na APS de melhor qualidade e o progresso à cobertura universal de saúde***

18. Novas estratégias e mecanismos de coordenação precisam ser desenvolvidos para alinhar a formação de profissionais da saúde aos objetivos dos sistemas de saúde. Devem ser implantados incentivos para fortalecer a missão social e a participação da comunidade dos centros de saúde acadêmicos e corpo docente, assim como instituições de credenciamento correspondentes, assegurando seu compromisso com a cobertura universal de saúde. A criação de novas escolas em ciências médicas e da saúde deve ocorrer conforme as necessidades e orientada à APS, procurando atender as necessidades das populações subatendidas e comunidades vulneráveis. Além disso, deve ser promovida a expansão de centros de formação clínica descentralizados e a criação de campi satélites das faculdades existentes nas comunidades subatendidas. O recrutamento de estudantes da comunidade deve ser incentivado, sendo adotadas metas explícitas para progressivamente diversificar o corpo discente representando os principais grupos étnicos e culturais das populações atendidas. Todos os alunos graduados devem demonstrar ter conhecimento intercultural. Os estudantes das diferentes profissões de APS precisam ter entendimento de como os determinantes sociais afetam a saúde e o bem-estar no real ambiente da comunidade. Deve ser ampliado o papel dos centros de saúde comunitária como locais primários para formação, com a supervisão competente dos estudantes.

19. A educação médica de pós-graduação deve passar por uma reforma para apoiar a APS e, para isso, é necessário investir consideravelmente no desenvolvimento dos departamentos acadêmicos de medicina de família. Os residentes em todas as especialidades devem passar parte da sua formação em centros de saúde comunitária e hospitais localizados em comunidades subatendidas. Metas específicas devem ser elaboradas para determinar o número de vagas de residência médica nas especialidades mais relevante à APS, como clínica médica, cirurgia geral, pediatria, obstetrícia e ginecologia, psiquiatria e, em particular, medicina de família. Devem ser dados incentivos financeiros e adotadas medidas reguladoras para assegurar o alcance destas metas.

***Dar autonomia a equipes colaborativas de APS centradas na comunidade e voltadas ao indivíduo***

20. É preciso criar condições que favoreçam o desempenho ideal das equipes multiprofissionais de APS e a prestação de assistência de saúde integral, de alta qualidade e centrada no indivíduo. A promoção e prevenção de saúde, assim como recursos de diagnósticos e terapêuticos, devem ser disponibilizadas de acordo com o modelo de

atenção e qualificação da equipe. Os profissionais de APS devem estar totalmente respaldados por redes integradas de atenção e centros de saúde acadêmicos. O isolamento das equipes de APS em áreas remotas e subatendidas pode ser minimizado com estratégias de saúde digital, incluindo recursos de telessaúde. O desenvolvimento da telemedicina e redes de aprendizagem pode aumentar a motivação e melhorar a competência e a estabilidade da força de trabalho.

21. Os regimes jurídicos que regulamentam as profissões de saúde devem ser atualizados de maneira a melhorar o alcance de prática de todos os membros da equipe de APS e facilitar o trabalho colaborativo, com um grau adequado de flexibilidade para inovação e adaptação segundo as necessidades e circunstâncias locais. Por último, todos os profissionais de saúde devem beneficiar-se dos mecanismos de proteção social existentes. Devem ser criados contratos competitivos, incentivos financeiros e não financeiros e boas condições de trabalho para atrair e reter profissionais da saúde de APS capacitados com o avanço dos países à cobertura universal de saúde.

#### **Ação pelo Conselho Diretor**

22. Solicita-se que o Conselho Diretor examine o documento de política e considere a possibilidade de adotar o projeto de resolução (Anexo A).

Anexos





ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## **52º CONSELHO DIRETOR** **65ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 30 de setembro a 4 de outubro de 2013*

---

CD52/6 (Port.)  
Anexo A  
ORIGINAL: INGLÊS

### ***PROJETO DE RESOLUÇÃO***

#### **RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: MELHORAR O ACESSO A PROFISSIONAIS DE SAÚDE CAPACITADOS EM SISTEMAS DE SAÚDE BASEADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

##### ***O 52º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado o documento de política *Recursos Humanos em Saúde: Melhorar o Acesso a Profissionais de Saúde Capacitados nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde* (CD52/6);

Reconhecendo a importância estratégica dos recursos humanos em saúde (RHS) para o alcance da meta de cobertura universal de saúde alicerçada no desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na atenção primária (APS) e melhoria da saúde e do bem-estar de indivíduos, famílias e comunidades;

Preocupado com as persistentes desigualdades no acesso à serviços de atenção integral à saúde de qualidade atribuíveis à falta de pessoal da saúde em áreas rurais e remotas e entre grupos populacionais e comunidades subatendidas ou vulneráveis;

Considerando a adoção pela 63ª Assembleia Mundial da Saúde do Código de Conduta Global da OMS para o Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde (WHA63.16 [2010]), que aborda os desafios decorrentes da mobilidade dos profissionais da saúde entre os países e dentro de cada país;

Levando em consideração o progresso feito na Região com respeito às *Metas Regionais para Recursos Humanos em Saúde 2007–2015* (CSP27/10 [2007]) e a *Estratégia para Desenvolvimento de Competência de Pessoal da Área de Saúde em Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde* (CD50.R7 [2010]),

**RESOLVE:**

1. Instar os Estados Membros a:
  - (a) reiterar o compromisso com o alcance das Metas Regionais para Recursos Humanos em Saúde 2007–2015;
  - (b) desenvolver planos e políticas nacionais de recursos humanos de acordo com os respectivos setores sociais e principais interessados diretos para melhorar o acesso a profissionais de saúde capacitados em APS e avançar para alcançar cobertura universal de saúde;
  - (c) estabelecer e fortalecer uma unidade de planejamento estratégico e de gestão de recursos humanos em saúde com a capacidade de conduzir, atrair a participação e produzir consenso entre autoridades nacionais de educação, centros de saúde acadêmicos, associações de profissionais, autoridades sanitárias estaduais e locais, centros de saúde e organizações comunitárias sobre as necessidades atuais e futuras dos RHS, em particular para sistemas de saúde baseados na APS;
  - (d) dar autonomia e respaldo a equipes multiprofissionais colaborativas de APS baseadas em modelos de atenção estabelecidos, melhorar ao máximo o alcance da prática de cada profissão segundo a própria competência e promover e monitorar a inovação ao melhorar o desempenho e a gestão das equipes de APS;
  - (e) identificar, monitorar e notificar carências específicas de profissionais da saúde, principalmente nas populações vulneráveis e no primeiro nível da atenção, como base para a execução de programas e intervenções especiais para sanar a falta;
  - (f) investir na produção, disponibilidade, utilização e análise de dados básicos de recursos humanos em saúde, melhorar a qualidade dos sistemas de informação de recursos humanos para planejamento e tomada de decisão e dar apoio à capacidade de pesquisa em questões prioritárias de RHS, como o Observatório Regional de Recursos Humanos em Saúde;
  - (g) promover a missão social e a responsabilidade da educação em ciências da saúde e dos centros de credenciamento e o compromisso com a APS e a cobertura universal de saúde, e permitir e ampliar a rede de centros de saúde comunitária e hospitais com responsabilidades e capacidade de ensino em comunidades subatendidas;

- (h) fazer a reforma da educação médica de pós-graduação para respaldar sistemas de saúde baseados na APS, aumentar o número de vagas nas especialidades médicas mais relevantes à APS, em particular em medicina da família familiar ou equivalente, e fortalecer o desenvolvimento de departamentos acadêmicos de medicina da família;
- (i) implantar e avaliar periodicamente regulamentações específicas, benefícios e incentivos, tanto financeiros como não financeiros, para recrutar, contratar e dar estabilidade ao pessoal em sistemas de saúde baseados na APS, principalmente em áreas remotas e subatendidas;
- (j) reiterar o compromisso com o Código de Conduta Global da OMS para o Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde.

2. Solicitar à Diretora a:

- (a) intensificar a cooperação técnica da Organização com e entre os Estados Membros para elaborar políticas e planos de recursos humanos norteados pelo objetivo abrangente de cobertura universal de saúde e da estratégia de atenção primária à saúde;
- (b) dar cooperação técnica para fortalecer a capacidade de planejamento de RHS das autoridades sanitárias nacionais, permitindo-lhes abordar as desigualdades no acesso das comunidades subatendidas e vulneráveis ao pessoal de saúde, em particular profissionais de atenção primária, com particular ênfase na disponibilidade, distribuição, competência e motivação;
- (c) identificar, documentar, analisar e difundir experiências, métodos e inovações sendo realizadas nos países da Região com relação à disponibilidade e o acesso ao pessoal de saúde;
- (d) facilitar o diálogo entre as autoridades de educação, instituições de educação de nível superior em saúde e autoridades sanitárias nacionais para o fortalecimento da APS e equipes colaborativas de APS;
- (e) manter e ampliar as principais redes regionais de compartilhamento de conhecimento em RHS, a saber, o Observatório Regional de Recursos Humanos em Saúde, Campus Virtual para Saúde Pública e o Ambulatório Virtual de Aprendizagem;

- (f) finalizar a avaliação das 20 Metas Regionais para Recursos Humanos em Saúde de 2007–2015 e iniciar a consulta regional sobre RHS na agenda de desenvolvimento pós-2015.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
*Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da*  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CE152/6 (Port.)  
Anexo B

**Relatório sobre as repercussões financeiras e administrativas  
do projeto de resolução para a RSPA**

<p><b>1. Tema da agenda:</b> Tema 4.4. Recursos humanos em saúde: melhorar o acesso a profissionais de saúde capacitados em sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde</p>
<p><b>2. Relação com o Programa e Orçamento de 2014–2015:*</b></p> <p><b>(a) Resultado:</b></p> <p>Resultado 4.5 Disponibilidade adequada de uma força de trabalho de saúde competente e culturalmente ajustada, bem distribuída e regulamentada e tratada com justiça.</p> <p><b>Indicadores de resultado:</b></p> <p>Resultado 4.5.1 Carência de força de trabalho de saúde; Resultado 4.5.2 Competências de saúde pública; Resultado 4.5.3 Distribuição de pessoal da área da saúde</p>
<p><b>3. Repercussões financeiras:</b></p> <p><b>(a) Custo total estimado da aplicação da resolução no período de vigência (arredondado para a dezena de milhares de dólares mais próxima; inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):</b></p> <p>O custo total estimado para implementação é de US\$ 7,5 milhões para o período 2014-2019.</p> <p><b>(b) Custo estimado para o biênio 2014-2015 (arredondado para a dezena de milhares de dólares mais próxima; inclui os gastos correspondentes a pessoal e atividades):</b></p> <p>Custos estimados para o biênio 2014–2015 são de aproximadamente US\$ 3,7 milhões.</p> <p><b>(c) Parte do custo estimado no item b) que poderia ser incluída nas atuais atividades programadas?</b></p> <p>US\$ 1,2 milhões</p>

\* Refere-se ao [Projeto do Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015](#) (em espanhol) que foi apresentado na 152ª Sessão do Comitê Executivo.

**4. Repercussões administrativas:**

**(a) Níveis da Organização em que seriam tomadas medidas:**

Todos os níveis – regional, sub-regional e nacional – seriam envolvidos.

**(b) Necessidades adicionais de pessoal (no equivalente de cargos a tempo integral, incluindo o perfil do pessoal):**

Pessoal adicional é necessário ao nível regional com competência em gestão de recursos humanos (pessoal, recrutamento, estratégias de retenção sistemas de incentivos, financeiros e não financeiros). Capacidade adicional será necessária em demografia e estatística para apoiar o desenvolvimento de indicadores e métodos de medição para o planejamento e monitoramento de RHS.

**(c) Prazos (prazos amplos para as atividades de implementação e avaliação):**

O prazo proposto é 2014–2019.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
*Repatrição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da*  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CD52/6 (Port.)  
Anexo C

**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR OS TEMAS DA AGENDA COM OS  
MANDATOS INSTITUCIONAIS**

- 1. Tema da agenda:** Tema 4.4. Recursos humanos em saúde (melhorar o acesso a profissionais de saúde capacitados em sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde)
- 2. Unidade responsável:** Sistemas e Serviços de Saúde (HSS/H)
- 3. Preparado por:** Charles Godue
- 4. Lista de centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema:**  
Centro colaborador em planejamento de RHS da Universidade Dalhousie  
Centro colaborador em planejamento de RHS da Universidade Estadual do Rio de Janeiro  
Ministérios da Saúde da Região
- 5. Vínculo entre este tema e a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017:**  
A tema da agenda está vinculado aos valores e princípios da Agenda de Saúde das Américas, assim como às suas áreas de ação.  
Princípios e valores: direitos humanos, universalidade, acessibilidade e inclusão; solidariedade pan-americana; igualdade na saúde.  
Áreas de ação: fortalecer a autoridade sanitária nacional; abordar os determinantes da saúde; aumentar a proteção social e o acesso a serviços de saúde de qualidade; usufruir do conhecimento, ciência e tecnologia.
- 6. Vínculo entre este tema e o Plano Estratégico 2014-2019:\***  
O tema da agenda está vinculado ao Resultado 4.5, Disponibilidade adequada de uma força de trabalho de saúde competente e culturalmente ajustada, bem distribuída e regulamentada e tratada com justiça
- 7. Boas práticas nesta área e exemplos de países na Região das Américas:**  
Brasil: Programa de Saúde da Família  
Bolívia: Programa de Medicina Familiar, Comunitária e Intercultural  
Canadá: planejamento da força de trabalho médica; Rede de Telemedicina de Ontario  
Cuba: educação descentralizado em ciências da saúde ao nível comunitário

\* Refere-se ao [Projeto do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019](#) (em espanhol) que foi apresentado na 152ª Sessão do Comitê Executivo.

El Salvador: Equipes comunitárias de Saúde da Família (Ecos Familiares)

Peru: SERUMS

EUA: áreas de falta de profissionais da saúde e áreas/populações subatendidas do ponto de vista médico

**8. Repercussões financeiras do tema:**

Ver Anexo B – Relatório sobre as repercussões financeiras e administrativas do projeto de resolução apresentado à RSPA.

- - -