

PROMOÇÃO DA SAÚDE E MUDANÇAS GLOBAIS: O DESAFIO DA REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Promoting health and global change: The challenge of reorientation of health services

Mark W. ROSENBERG¹

Sarah LOVELL²

RESUMO

O advento da epidemia de SARS (Síndrome Aguda do Sistema Respiratório) no Canadá, em 2003, a onda de calor na Europa, os constantes desafios para a saúde humana resultantes de eventos climáticos extremos (ex.: vendavais, tufões etc.) e os problemas do dia-a-dia da insuficiência de saneamento, poluição do ar e falta de imunização nos países em desenvolvimento, apontam para a necessidade de uma Equipe de Saúde Pública (PHWF) eficaz, local, nacional e, até mesmo, internacional. Neste artigo, os desafios de criar uma PHWF eficaz estão colocados, em primeiro lugar, no contexto da promoção da saúde e das mudanças globais. Utilizando-se da experiência recente com a epidemia de SARS no Canadá, em 2003, e o trabalho executado para a Organização Pan-americana de Saúde (PAHO), são discutidas a necessidade de definir o Trabalho de Saúde Pública (PHW) e o que se exige de um PHW para superar os desafios da promoção da saúde e das mudanças globais. Concluímos avaliando os projetos de criação de um PHW eficaz dentro do modelo de promoção de saúde e mudanças globais.

Palavras-chave: Promoção da saúde; mudanças globais; SARS; Saúde pública.

ABSTRACT

The 2003 outbreak of SARS in Canada, the heat wave of 2003 across Europe, the constant challenges to human health resulting from extreme climate events (e.g., hurricanes, typhoons, etc.) and the everyday problems of poor sanitation, air pollution and the lack of immunisation in the developing world point to the need for an effective local, national and even an international public health workforce (PHWF). In this paper, the challenges of creating an effective PHWF are at first placed in the context of health promotion and global changes. Using recent experience from the 2003 outbreak of SARS in Canada and work carried out for the Pan American Health Organization, defining the PHW and what is required of a PHW to meet the challenges of health promotion and global changes are discussed. We conclude by assessing the prospects for creating an effective PHW within the framework of health promotion and global changes.

Key words: Health promotion; global changes; SARS; public health.

1 Professor e Conselheiro, Comissão de Saúde Ambiental da União Geográfica Internacional da Queen's University, Departamento de Geografia e Departamento de Saúde Comunitária e Epidemiologia, Kingston, Ontário, Canadá. K7L 3N6, mark.rosenberg@queensu.ca

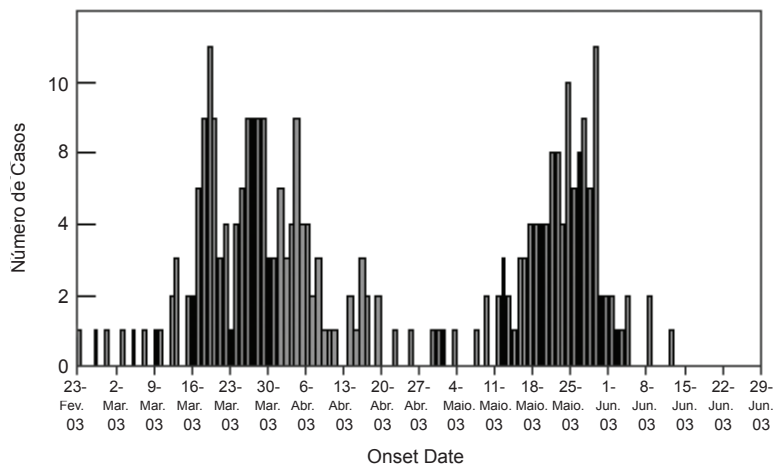
2 Doutoranda, Departamento de Geografia da Queen's University, Kingston Ontário, Canadá. K7L 3N6, 2sal3@queensu.ca

INTRODUÇÃO

Em 2003, a primeira nova moléstia do século 21, a Síndrome Aguda do Sistema Respiratório (SARS), se espalhou pelo mundo em dias e semanas. Antes

de ser controlada, aproximadamente 900 óbitos foram atribuídos a essa doença (NAYLOR et al., 2003, p. 15). Somente no Canadá, o resultado apontou para 250 casos e 44 óbitos (Figura 1).

FIGURA 1 – NÚMERO PROVÁVEL DE CASOS DE SARS NO CANADÁ, 23 DE FEVEREIRO A 02 DE JULHO DE 2003.



(N=250), excluindo 1 paciente por ser desconhecida a data de infecção.
Fonte: Naylor et al., 2003, p.27.

Por causa do resultado dos impactos específicos da SARS no Canadá, e do que aconteceu enquanto os sistemas de saúde pública e sistemas emergenciais lutavam para providenciar uma resposta ao surto, o governo do Canadá criou um Comitê Nacional de Apoio para a SARS e para a Saúde Pública liderado pelo Dr. David Naylor, que era, então, o diretor da Faculdade de Medicina na Universidade de Toronto e é, atualmente, o Reitor da Universidade. No seu relatório consta:

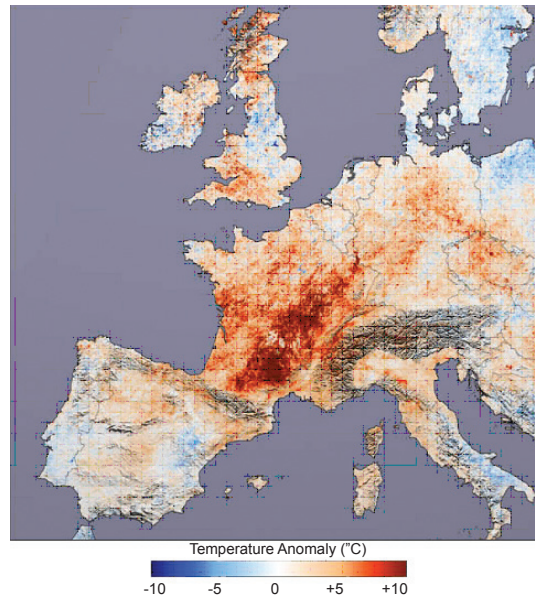
O surto de epidemia da SARS chamou a atenção para a situação dos ambulatórios de emergência canadenses – o primeiro local de contato para os pacientes mais graves. Conforme a Associação Canadense de Médicos Emergencistas apontou em seu relatório ao Comitê, não existem padrões nacionais que regulem a organização ou o desempenho do Departamento de Emergências, a maioria dos ambulatórios não têm locais adequados para isolamento, o pessoal pode não estar treinado em procedimentos para o controle de infecções, e a prática atual, no tocante a abrigar uma grande quantidade de pacientes doentes por um prazo mais longo, em áreas abertas e com grande número de pessoas nas emergências, é um perigo potencial para a saúde pública. Esses fenômenos têm influência não só sobre os recursos e a organização dos ambulatórios de emergência, como também na continuada falta de capacidade do atendimento ambulatorial e a necessidade de reforma no atendimento de atenção primária. (NAYLOR et al., 2003, p. 25)

No resumo executivo de seu relatório, Naylor et al. (2003) solicitaram ao governo federal do Canadá a renovação do sistema de saúde pública, a fim de atender aos desafios referentes a “doenças infecciosas emergentes, globalização e bioterrorismo”.

No decorrer do verão de 2003, o leste europeu teve uma onda de calor sem precedentes (Figura 2). Na França, onde os efeitos da onda causaram o maior número de óbitos, uma fonte popular resumiu os acontecimentos, e a resposta dada pelo governo, com as seguintes palavras:

Na França, 14.802 pessoas morreram de calor, na sua grande maioria, idosos, segundo a maior funerária do país [...] Ademais, enquanto existem planos de contingência para uma certa gama de catástrofes e desastres naturais, temperaturas elevadas nunca foram consideradas como perigosas, de modo que, na época, não havia planos para ondas de calor [...] Que as falhas do sistema nacional de saúde puderam permitir essa quantidade de mortes é uma questão controversa [...] O governo do Presidente da França, Jacques Chirac, e do Primeiro Ministro, Jean-Pierre Raffarin, culpou: a semana de trabalho de 35 horas, os médicos de família de férias em agosto... as famílias que deixam os idosos em casa sem se preocupar com eles. (<http://en.wikipedia.org/wiki/2003_European_heat_wave>.)

FIGURA 2 – MAPA DA ONDA DE CALOR DO LESTE EUROPEU, 2003



Fonte: notícia disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/2003_European_heat_wave> acesso em: 14/04/2007.

As entrelinhas do subtítulo do relatório acima, além de muitos outros relacionados à onda de calor na Europa, deixam entender que muitas mortes poderiam ter sido evitadas se houvesse um planejamento eficaz e uma força de trabalho de saúde pública que executasse os planos.

Contrastando com os dois exemplos acima, que muito bem ilustram as questões da Equipe da Saúde Pública nos países desenvolvidos, o terceiro exemplo vem do cabo Chifre da África, no nordeste do continente africano (Península Somália). Sob o título “Ações de Saúde nas Crises”, na página da Organização Mundial de Saúde (WHO), a organização escreve:

A situação continua difícil para dois milhões de pessoas no Chifre da África. As grandes secas e as inundações por toda a área têm resultado em uma combinação de deslocamentos, campos de refugiados lotados, falta de água potável limpa e segura, e a destruição de sistemas de saneamento. Cólera, sarampo e malária, além de deficiências na nutrição, ameaçam a saúde das populações atingidas. O surgimento de uma epidemia de *Rift Valley Fever* (RVF, zoonose viral) no Quênia e o contínuo conflito no sul da Somália agravaram ainda mais a situação. (World Health Organization, 2007)

Desastres ambientais e o colapso da ação hu-

mana e do sistema de saúde pública é que se pode perceber na descrição anterior.

Antes de utilizar esses três exemplos para uma discussão mais ampla sobre promoção da saúde e mudanças globais, queremos oferecer duas definições para orientar os argumentos que se fazem no restante deste artigo. Inicialmente, Smith, Tang e Nutbeam (2006, p. 342) definem questões de saúde globais como:

Questões da agenda de saúde global incluem as iniquidades causadas por modelos de investimento e de comércio internacional, os efeitos das mudanças globais do clima, a vulnerabilidade da população de refugiados, o marketing de produtos perigosos por empresas transnacionais e a transmissão de doenças resultantes das viagens entre os países.

Voisey e O’Riordan (2001, p. 26) definem globalização como:

um processo primariamente econômico, mas também de mudanças sociais e políticas que envolvem o planeta, resultando numa maior homogeneidade, hibridação e interdependência [...] de dinheiro, pessoas, imagens, valores e idéias que proporcionaram fluxos mais suas e rápidos através das fronteiras nacionais.

Neste artigo, assegura-se que esses três exemplos também fornecem mais lições gerais no tocante a quatro aspectos-chave da promoção da saúde, das mudanças globais e das conseqüências negativas resultantes da inexistência de uma equipe de saúde pública (PHWF) eficaz. Primeiramente, a SARS é uma lição de compressão de “tempo no espaço”, uma vez que milhões de pessoas se movimentam ao redor do mundo diariamente. Segundo, a morte de tantas pessoas idosas na Europa, durante a onda de calor de 2003, é uma prova da crescente desunião entre as pessoas, em relação a seus vizinhos, num mundo globalizado. Terceiro, as permanentes crises no Chifre da África são uma prova das ligações entre o meio ambiente e os desastres humanos, que criam populações vulneráveis de refugiados, e a falha das instituições locais, nacionais e até internacionais, em focalizar as sinergias de dor e morte resultantes da nossa falta de atenção às mudanças globais. Quarto, em cada um dos três exemplos citados, estratégias bem sucedidas na promoção da saúde têm potencial para reduzir os resultados negativos na saúde documentados nesses três exemplos.

Enquanto muitos problemas de promoção da saúde e mudanças globais só serão resolvidos através de mudanças de longo prazo, este artigo argumenta que, para se ter uma resposta imediata, há uma urgente necessidade de termos equipes de trabalho de saúde pública, eficazes em escala local, nacional e internacional, que tenham potencial para reduzir muitos dos resultados negativos extremados sobre a saúde humana causados pelas mudanças globais através de estratégias eficazes na promoção da saúde. Na próxima parte do trabalho, o enfoque é sobre a criação de uma PHWF eficiente e eficaz. Queremos discutir o fato de que estratégias bem sucedidas na promoção da saúde dependem da sua efetiva execução e somente uma PHWF eficaz pode garantir que isso seja implementado com sucesso.

1. CRIAÇÃO DE UMA EQUIPE DE TRABALHO DA SAÚDE PÚBLICA EFICAZ

Agentes de Saúde Pública são contratados apresentando uma extensa gama de currículos escolares e trabalhando em ambientes díspares. A equipe de saúde pública “inclui todos aqueles cuja responsabilidade principal é prover atividades de saúde pública básica

(não individuais, pessoais), independente de sua base operacional (BEAGLEHOLE ; DAL POZ, 2003, p.1)”. Ao definir o que vem a ser trabalho de saúde pública, Gebbie (1999) argumenta que é necessário avançar para além da definição de saúde pública baseada nas áreas tradicionais de especialização (saúde sexual, imunização, etc.) e reconhecer que a equipe de saúde pública está cada vez mais integrada a todas as áreas da saúde. O trabalho de saúde pública é definido, atualmente, em termos de Funções Essenciais de Saúde Pública (EPHF) (BEAULIEU; SCUTCHFIELD, 2002; MAYS et al., 2004; TURNOCK; HANDLER, 1997); aquelas definidas pela Organização Mundial de Saúde são as seguintes (PAHO, 2002, p. 67):

- Monitoração, avaliação e análise do estado de saúde
- Observação, pesquisa e controle dos riscos e ameaças para a saúde pública
- Promoção da saúde
- Participação social na área da saúde
- Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional para planejar e gerenciar a saúde pública
- Fortalecimento da capacidade institucional para regulamentar e cobrar na área da saúde pública
- Avaliação e promoção do acesso equitativo para os necessários serviços de saúde
- Desenvolvimento dos recursos humanos e treinamento em saúde pública
- Assegurar a qualidade nos serviços de saúde pública em níveis pessoal e populacional
- Pesquisa na área da saúde pública
- Redução do impacto de emergências e desastres sobre a saúde

O principal desafio para se entender a contribuição dos recursos humanos para a Saúde Pública, baseada nas funções essenciais, é sua avaliação. É um fato comum que agentes de saúde pública desempenhem múltiplas tarefas, portanto, um colaborador que execute uma única atividade primária pode ser problemático, especialmente quando se separam essas funções em equivalências de tempo integral (FTEs). Rowitz (1999) chama a atenção para o perigo potencial de se focalizar

somente a função, esquecendo a importância dos agentes de apoio de saúde pública e dos agentes de saúde pública não-tradicionais na conquista de suas metas.³

Os títulos dos cargos são a abordagem mais conhecida quando se trata de entender o papel de um agente e suas principais funções. Classificações funcionais são necessárias para assegurar que o título dos cargos seja consistente em todas as regiões e todos os países e têm algumas limitações importantes, pois os agentes de saúde pública podem inverter o sentido da classificação ou, então, a classificação não reflete com clareza as funções que realizam. Rowitz (1999, p.102, ao citar o Projeto de Funções na Saúde Pública, 1997) admite que não foram capazes de desenvolver um sistema profissional de classificação para a saúde pública que fosse “claro, conciso e com categorias mutuamente exclusivas.” E, então, há a questão de quem faz a classificação depender de administradores para classificar agentes (baseando-se em descrições padronizadas); é um processo subjetivo que tem provocado erros de descrição, uma vez que tende a ser complicado e/ou inconsistente (FRASER, 2003). Esses desafios foram sentidos na pesquisa feita por Hajat et al. (2003), que encontrou altos índices de dados faltantes após a utilização de uma nova classificação ocupacional para colher dados das equipes de trabalho nas agências locais de saúde pública nos EUA. No entanto, Fraser (2003), apesar de ter de enfrentar o desafio de diferentes papéis do agente nas diversas regiões, argumenta que sem uma tipologia padronizada ou uma maneira de agrupar posições similares em todo o país, a pesquisa continuará sendo um problema ao comparar “maças com laranjas” quando os dados oficiais são agregados para mostrar o quadro da equipe de agentes públicos LPHA em todo o país (FRASER, 2003, p.497).

A equipe de agentes de saúde pública é excepcionalmente dinâmica e não pode ser simplesmente caracterizada por determinadas tarefas. As publicações que tratam da natureza dos postos de trabalho dessa área contêm uma consistente mensagem: Saúde Pública é basicamente propiciada pelos governos, por intermédio de vários ministérios, muitas vezes os ministérios da saúde e da educação, mas, às vezes, também através dos ministérios do meio ambiente agricultura e segurança (BEAGLEHOLE; DAL POZ, 2003; GEBBIE e MERRILL, 2001). Kennedy e Moore (2001, p.18) resumem: “Organizações de saúde pública são aquelas entidades, públicas ou privadas, que desempenham um papel – seja ele

primário ou secundário – no fornecimento de serviços essenciais”. Essa distinção entre a alocação dos serviços primários de saúde pública (geralmente agências públicas de saúde, hospitais, etc.) e a alocação dos serviços secundários (geralmente agências, organizações de voluntários e ONGs, cuja produção da saúde pública pode ser secundária em seus objetivos), destaca a dificuldade em identificar aqueles que contribuem significativamente para a saúde pública, mas são marginais ao ambiente da saúde (BEAGLEHOLE; DAL POZ, 2003 p. 3; GEBBIE, ;MERRIL, 2001; GERZOFF et al., 1992). A importância de se definir os agentes nos diversos postos de serviço foi debatido no *Encontro Regional do Observatório dos Recursos Humanos na Saúde* da PAHO (2005):

deveria haver informação da utilização da equipe de trabalho nos diferentes níveis de atendimento e nos diferentes programas prioritários (por exemplo, o percentual de agentes no atendimento primário e comunitário em comparação ao percentual de funcionários nos hospitais, ou o percentual de agentes em serviços particulares comparado ao percentual de agentes em serviços de saúde pública.

Pode-se conceber que a equipe de saúde pública seja alocada geograficamente nas áreas rurais e urbanas (BARDEN O-FALLON; AGELES; TSIU 2006; HAJAT; STEWART; HAYES, 2003) e, organizacionalmente, nos vários níveis de governo. O segundo desafio que surgiu no Encontro Regional do Observatório dos Recursos Humanos na Saúde de Toronto (PAHO, 2005) foi assegurar “Colocar as pessoas certas nos lugares certos, advindo daí uma distribuição equitativa dos agentes de saúde nas várias regiões e de acordo com as diferentes necessidades de saúde da população”. Isso requer o entendimento da distribuição das equipes de trabalho nos estados, nas regiões e nas áreas rurais e urbanas.

Dentro dos locais de trabalho da saúde pública, os agentes desempenham funções em níveis diferentes. Keller et al. (2004), por exemplo, desenvolveram uma Roda de Intervenção com enfoque nas funções desempenhadas pelas enfermeiras de saúde pública em três níveis: individual, comunidade e sistema. Na mensuração da equipe de saúde pública, existe o interesse na identificação dos níveis com base na divisão *natural* das equipes de trabalho nas áreas nacional, estadual/província/região, urbana e rural. A meta final é identificar a área de maior necessidade para um trabalho de desenvolvimento dos agentes de saúde pública, sejam

³ Esse é um problema menor quando nos apoiamos mais na definição da PAHO sobre as Funções Essenciais da Saúde Pública do que na alternativa americana à qual Rowitz (1999) se refere.

eles o lavrador no campo ou o epidemiologista treinado e com mestrado.

No passado, a educação das equipes de trabalho não foi um instrumento eficiente na classificação e identificação de agentes de saúde pública por duas razões. Primeiro, pessoas com a mesma qualificação podem executar funções muito diferentes na Saúde Pública, um problema especialmente ligado àqueles com pós-graduação na área. Segundo, muitos agentes não têm qualificação acadêmica, dificultando qualquer classificação baseada nesse fator (BROWN et al., 2006; ROWITZ 1999). Pelas mesmas razões, depender da classificação de órgãos profissionais para a identificação dos agentes de saúde pública levaria à omissão de uma quantidade substancial de agentes não licenciados pelos órgãos profissionais, um problema que pode ser exacerbado nos países em desenvolvimento (CIOFFI et al., 2003; GEBBIE; MERRILL, 2001).

É essa diversidade de treinamento dos agentes de saúde pública que torna sumamente importante caracterizá-los com exatidão com base na sua educação formal e em seu treinamento informal (KENNEDY; MOORE, 2001). Existe certa discordância quanto à importância do treino formal (educação universitária ou equivalente) comparado ao informal (por exemplo, treinamento no trabalho), no entanto, o treinamento formal é mais frequentemente utilizado.

Um ponto fraco importante de boa parte da classificação dos agentes realizada até o presente tem sido a falta de inclusão dos grupos marginalizados da população. O Encontro Regional do Observatório dos Recursos Humanos na Saúde da PAHO, em Toronto (2005), identificou o primeiro desafio para os recursos humanos da saúde como a adaptação “da equipe de trabalho dos serviços de saúde para responder às necessidades de saúde da população”. Para atingir esse objetivo, existe a necessidade de caracterizar a população por profissão, ocupação e perfil, e assegurar que estejam preparados para atender as futuras necessidades da comunidade. Uma necessidade especial é a de focalizar em que grau os agentes de saúde pública refletem a composição da população em gênero, etnia, geração e grupos populacionais, bem como na sua capacidade de ir ao encontro das necessidades desses grupos. Atualmente, os encarregados do planejamento estão sem condições de planejar o futuro adequadamente porque têm pouco ou nenhum conhecimento dos dados demográficos básicos de suas equipes de trabalho, seus planos de carreira, e de como será a próxima geração de agentes de saúde pública.

Resumindo, os desafios de quantificar e caracterizar a equipe de trabalho de saúde pública são complexos, embora não intransponíveis. Necessitam de

metodologias flexíveis, que permitam uma comparação entre os países e também devem levar em conta os reais recursos disponíveis para quantificar e caracterizar suas equipes de trabalho.

2. DESAFIOS EM NÍVEL NACIONAL

As mudanças globais estão criando novos desafios em todo o mundo. Muitos desses desafios (mudanças climáticas globais, por exemplo) levarão décadas para serem resolvidos, embora muitos dos impactos sejam imediatos. E para anular a dor e o sofrimento, programas eficazes de promoção da saúde precisam ser proporcionados por uma PHWF eficiente. Os exemplos de proliferação da SARS e a onda de calor em toda a Europa são ilustrativos dos desafios que os países devem enfrentar em nível nacional.

Nesse nível, os desafios podem ser agrupados em seis categorias. Primeiro, os desafios de onde devem ser sediadas as PHWFs, tanto no aspecto da organização quanto geograficamente. Por exemplo, em nível nacional, o planejamento e as atividades políticas deveriam ser do Ministério da Saúde. Já para coordenar o planejamento e as políticas de atendimento para os sistemas de casos crônicos ou das necessidades especiais, deveria haver um ministério separado, dividido entre as secretarias da saúde, educação, agricultura, recursos naturais etc., ou deveria integrar o ministério responsável pelo planejamento emergencial e defesa civil? Ligado a esse desafio, vem a questão de como “mapear” as funções de uma equipe eficiente na geografia de um país. Quais partes da PHWF deveriam ser centralizadas e quais partes deveriam ser descentralizadas?

Um segundo grupo de desafios está relacionado ao treinamento profissional, funções dentro da PHWF, e o papel dos agentes de saúde pública informais. Nos países desenvolvidos, os problemas têm sido como atrair agentes para carreiras na saúde pública e qual deveria ser o nível de treinamento. Entre os países em desenvolvimento, os custos de treinamento podem ser uma barreira significativa na criação de uma PHWF, mas também existe a questão se, com um treinamento mínimo, agentes de saúde pública informais têm condições de fornecer os serviços básicos, especialmente nas áreas rurais e isoladas. Dois corolários desse problema são elevar estratégias de promoção de saúde ao nível do treinamento das PHWF e ao nível da população local enfocada.

Um terceiro grupo de desafios, que estão bastante ligados a treinamento e funções, é quais deveriam ser as principais funções e competências de uma PHWF eficaz.

Além do que já foi debatido na seção anterior, uma forma interessante de encarar essa questão “casando” as questões organizacionais/geográficas com as questões de treinamento/cargo e de função /competência.

Um quarto grupo de desafios refere-se a qual setor das políticas de saúde pública e de promoção da saúde devem estar inseridos, ou se existem partes do sistema e das políticas de promoção da saúde que melhor se adaptam a diferentes setores. Em outras palavras, que partes do sistema de saúde pública e da promoção de saúde devem integrar os setores públicos, privados e, ainda, daquele sem fins lucrativos.

O quinto grupo de desafios se relaciona aos níveis de atendimento. Enquanto o primeiro desafio se relaciona à organização geográfica e burocrática, níveis de atendimento eram relacionados com a forma como os sistemas de saúde são organizados, ou hierarquicamente (primário, secundário, terciário etc.) ou horizontalmente (o mesmo nível de atendimento em todos os lugares). Também é possível considerar um modelo misto. Por exemplo, vacinas contra sarampo pode ser organizado horizontalmente, para atender toda a população de um país. Contrastando, uma campanha de promoção de sexo seguro pode ser enfocada de diversas maneiras, considerando os grupos de risco e a área de maior concentração.

O grupo final de desafios enfrentados individualmente pelos países é incorporar gênero e perspectivas culturais no desenvolvimento de uma PHWF eficaz. Para que uma equipe de trabalho de saúde seja bem sucedida na resposta a eventos globais importantes ou surtos locais de uma doença, é necessário haver sensibilidade no tocante a problemas de gênero, e, em muitos casos, perspectivas de competição cultural.

3. OS DESAFIOS DAS MUDANÇAS GLOBAIS

Além das questões individuais de um país, as mudanças globais estão gerando seus próprios desafios na criação de PFWHs eficazes e de estratégias de promoção da saúde em nível nacional e internacional. Primeiro e mais importante, as mudanças globais estão exacerbando as diferenças de muitas maneiras: no nível individual entre ricos e pobres, e entre aqueles que têm as técnicas fundamentadas no conhecimento para tirar vantagem das mudanças globais e aqueles a quem faltam as técnicas do conhecimento; em escala nacional, entre as regiões urbanas e rurais dentro dos países; e internacionalmente, entre os países ricos e os países pobres. Isso significa que há pessoas, regiões e até países que são mais vulneráveis aos impactos das

mudanças globais, em que os recursos de que dispõem para se beneficiarem da saúde pública são limitados, e ainda que a capacidade de muitos países para desenvolverem programas de saúde pública eficientes, estratégias de promoção da saúde e uma PHWF capaz de executar esses programas estão circunscritos pelos recursos disponíveis.

Uma das características da mudança global é a possibilidade de as pessoas se locomoverem pelo mundo com mais facilidade. Intimamente ligada a essa característica da mudança global é a praticamente insaciável procura por mão-de-obra altamente qualificada. O campo da saúde pública não é diferente. O sucesso no desenvolvimento de uma PFWH eficiente em país do mundo em desenvolvimento muitas vezes conduz a um paradoxo assustador, que torna os trabalhadores com os melhores níveis de conhecimento atraentes para os empregadores dos países desenvolvidos, com o concomitante resultado que os países desenvolvidos estão constantemente alimentando a demanda por agentes de saúde pública capacitados no mundo desenvolvido, enquanto faltam agentes em seus próprios países.

As mudanças globais estão ultrapassando a capacidade e a habilidade individual dos países no desenvolvimento de uma PHWF eficiente e estratégias de promoção da saúde. Os exemplos da SARS no Canadá e a onda de calor européia demonstraram que até dois dos países mais ricos do mundo estavam excessivamente vulneráveis a crises da saúde pública. Se não diretamente, com o resultado das mudanças globais, certamente de maneira indireta. Enquanto muito tem sido feito, nos dois lugares, para o desenvolvimento de reações mais adequadas e efetivas de saúde pública, em outros, apenas estratégias simples de promoção da saúde, como convencer o público e os agentes do sistema de saúde a melhorar sua higiene pessoal (ex., lavar as mãos mais frequentemente e com maior eficácia). Somente o próximo surto de SARS ou outra onda de calor poderá mostrar o quanto aprendemos.

No mundo em desenvolvimento, o imediatismo, a escala e a falta de previsibilidade dos acontecimentos fazem com que a necessidade de um programa efetivo de PHWF, aliado a estratégias de promoção da saúde, seja ainda mais crucial. No entanto, como é demonstrado pelo Chifre da África, parece que há poucos indícios de que as estratégias de saúde pública e de promoção da saúde estejam causando um impacto relevante, mesmo com os esforços de pequenos grupos de pessoas e de organizações não-governamentais.

Concluindo, é difícil imaginar qualquer argumento contra a necessidade de criar uma efetiva *Equipe de Agentes de Saúde Pública* para enfrentar os desafios das

mudanças globais e da promoção da saúde. A questão central é se países e organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde – WHO têm os recursos de que necessitam e a capacidade de enfrentar os desafios. O desafio para nós, como professores, estudantes, pesquisadores e médicos, é se conseguiremos melhorar nossos serviços de saúde.

AGRADECIMENTOS

Uma parte do trabalho sobre a PHWF é baseada no projeto financiado pela Organização Panamericana de Saúde (PAHO) e gerenciado pela Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA), com o título *Uma metodologia para projetos para caracterizar a equipe de saúde pública em Costa Rica, Jamaica e no México*. Também queremos agradecer nossos colegas na PAHO, CPHA, Costa Rica, Jamaica e México pelo apoio. No entanto, os comentários neste artigo são de exclusiva responsabilidade dos autores.

REFERÊNCIAS

- BARDEN-O-FALLON, J.; ANGELES, G.; TSUI, A. Imbalances in the Health Labour Force: An assessment using data from three national health facility surveys. *Health Policy and Planning*, v. 21 n.2, p. 80-90, 2006.
- BEAGLEHOLE, R.; DAL POZ, M. R. Commentary: Public Health Workforce: Challenges and policy issues. *Human Resources for Health*, v. 1-4. 2003. Disponível em: <www.human-resources-health/content/1/1/4> . Acesso em: 28/03/2006.
- BEAULIEU, J. DOUGLAS SCUTCHFIELD, F. Assessment of Validity of the National Public Health Performance Standards: The Local Public Health Performance Assessment Instrument. *Public Health Reports*, v. 17, p. 28-36, 2002.
- BROWN, A.; MALCA, R. ZUMARAN, A.; MIRANDA, J. On the Front Line of Primary Health Care: The profile of community health workers in rural Quechua communities in Peru. *Human Resources for Health* v. 4, n. 11, 2006 6p. Acesso em 20/06/2006. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-4-11.pdf>
- CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2006). *National Public Health Performance Standards Program*. Disponível em: <http://www.cdc.gov/od/ocphp/nphpsp/nphpspfactsheet.htm>. Acesso em: 10 May 2006,
- CIOFFIE, Joan P.; LICHTVELD, Maureen Y.; TILSON, Hugh. A Research Agenda for Public Health Workforce Development. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 10, n. 3, p. 186-92, 2003.
- DUBOIS, Carl-Ardy; MCKEE, Martin; NOLTE, Ellen. *Human Resources for Health in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire, England, Open University Press, 2006.
- FRASER, Michael R. The Local Public Health Agency Workforce: Research needs and practice realities. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 9, n. 6, p. 496-9, 2003.
- GEBBIE, Kristine M.; MERRILL, Jacqueline. Enumeration of the Public Health Workforce: Developing a system. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 7, n.4, p. 8-16, 2001.
- GEBBIE, Kristine.; MERRILL, Jacqueline.; HWANG, Inseon., GEBBIE, Eric N.; GUPTA, Meera. The Public Health Workforce in the Year 2000. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 9, n.1, p. 79-86, 2003.
- GEBBIE, Kristine M., Editorial: Who's Minding the Public Health Store? *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 5, n.3, p. vii-viii, 1999.
- HAJAT, A.; STEWARD, K.; HAYES, Kathy L.. The Local Public Health Workforce in Rural Communities. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 9, n. 6, p. 481-488, 2003.
- HOMEDES, Nuiria; UGALDE, Antonia. Human Resources: The Cinderella of Health Sector Reform in Latin America. *Human Resources for Health*. v. 3, n.1, 13 p. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-3-1.pdf>. Acesso em 20/06/2006.
- KELLER, Olson J.; STROHSCHIEIN, Susan.; LIA-HOABERG, Betty; SCHAEFFER, Marjorie A. Population-Based Public Health Interventions: Practice-Based and Evidence-Supported. Part I. *Public Health Nursing*, v. 21, n. 5, p. 453-68., 2004.
- KENNEDY, Virginia C. Who Provides the Essential Public Health Services? A method and example. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 5, n. 5, p. 98-101, 1999.
- KENNEDY, Virginia C.; MOORE, Frank I. A Systems Approach to Public Health Workforce Development. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 7, n.4, p. 17-22, 2001.
- MAYS, Glen P.; MCHUGH, Megan C.; SHIM, Kyumin.; PERRY, Natalie.; HALVERSON, Paul K.; LENAWAY, D.; MOONESINGE, R. Identifying Dimensions of Performance in Local Public Health Systems: Results from the National Public Health Performance Standards Program. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 10, n. 3, p. 193-203, 2004.
- NAYLOR et al. *Learning from SARS: Renewal of Public Health in Canada*. Ottawa: Health Canadá, p. 224, 2003.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Public Health in the Americas: Conceptual Renewal, Performance Assessment, and Bases for Action*. Scientific and Technical Publication No. 589, Pan American Health Organization, Washington, D.C.,

2002.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Regional Consultation on Human Resources in Health: Critical Challenges*. Regional Meeting of the Observatory of Human Resources in Health: Critical Challenges for a Decade of Human Resources in Health in the Americas. October 4-7, 2005, Toronto, Canadá, 2005.

ROWITZ, L. The Mystery of Public Health Workforce Development. *Journal of Public Health Management and Practice*, v. 5, n.3, p. 101-4, 1999.

SMITH, B. J., TANG, K.; NUTBEAM, D., WHO Health Promotion Glossary: New terms. *Health Promotion International*. v. 21, n. 4, p. 340-345, 2006.

TURNOCK, Bernard J.; HANDLER, Arden S. From Measuring to Improving Public Health Practice. *Annual Review of Public Health*, v. 261-82, 1997

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (2006). *The MEASURE (Monitoring and Evaluation to Use Results) Project*. Disponível em: <<http://www.cpc.unc.edu/measure/>>. Acesso em: 10/05/2006. última atualização: 11/01/ 2006

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The Public Health Workforce: An Agenda for the 21st Century*.

Washington, D.C, 2007.

VOISEY, H.; O'RIORDAN, T., Globalization and localization. In: O'RIORDAN, T., editor, *Globalism, Localism and Identity*. London: Earthscan, 2001, p.25-42.

Tradutor: C. Peter Bromberg.

DOCUMENTOS CONSULTADOS

WIKIPEDIA. Disponível em: <http://en.wikipedia.org/wiki/2003_European_heat_wave>. Acesso em: 14/04/2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <<http://www.who.int/hac/en/index.html>>. Acesso em: 14/04/2007.

