

# A FORMAÇÃO E O TRABALHO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE NO MUNDO PÓS-COVID

CICLO DE OFICINAS:  
SÍNTESE E RECOMENDAÇÕES



# **A FORMAÇÃO E O TRABALHO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE NO MUNDO PÓS-COVID**

Ciclo de oficinas: síntese e recomendações

## **AUTORES:**

Ana Beatriz de Noronha, Carlos Eduardo Batistella, Karina Caetano,  
Luciana Milagres, Raquel Tavares e Sebastián Tobar (Orgs)

Rio de Janeiro – RJ  
2023

---

## **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)**

Presidente: Mário Moreira

## **ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV)**

Diretora: Anamaria D'Andrea Corbo

Vice-Diretora de Gestão e Desenvolvimento Institucional: Raquel Barbosa Moratori

Vice-Diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico: Mônica Vieira

Vice-Diretora de Ensino e Informação: Ingrid D'avilla Freire Pereira

## **Coordenação de Cooperação Internacional (CCI/EPSJV)**

Carlos Eduardo Colpo Batistella (coordenador)

Ana Beatriz Marinho de Noronha

Luciana Frederico Milagres

Bianca de Souza Ribeiro Vicente

## **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz**

Av. Brasil, 4.365

21040-360 - Manguinhos

Rio de Janeiro, RJ

Tel.: (21) 3865-9797

[www.epsjv.fiocruz.br](http://www.epsjv.fiocruz.br)

Copyright © 2023 dos autores. Todos os direitos desta edição reservados à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz.

**Assistência administrativa:** Bianca de Souza Ribeiro Vicente

**Projeto gráfico e diagramação:** Paulo Alan Deslandes Fragoso

**Degração das oficinas:** Raquel Tavares

**Catálogo na fonte:**

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

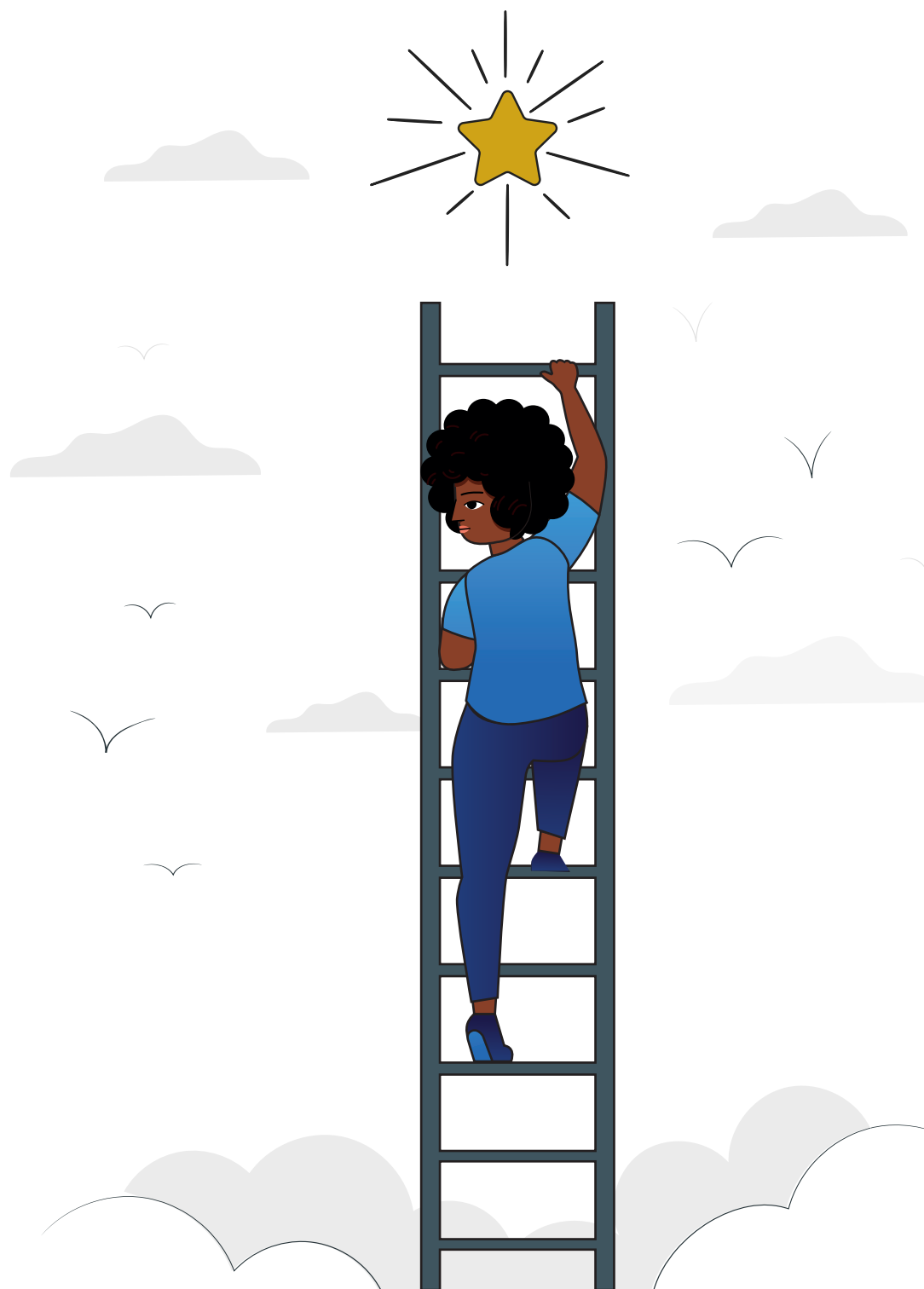
F724 A formação e o trabalho dos técnicos em saúde no mundo pós-covid: ciclo de oficinas: síntese e recomendações / Organizado por Ana Beatriz de Noronha, Carlos Eduardo Batistella, Karina Caetano, Luciana Milagres, Raquel Tavares e Sebastián Tobar. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2023.  
138 p. il.

1. Capacitação Profissional. 2. Pessoal Técnico de Saúde. 3. Pandemias. 4. COVID-19. I. Noronha, Ana Beatriz de. II. Batistella, Carlos Eduardo. III. Caetano, Karina. IV. Milagres, Luciana. V. Tavares, Raquel. VI. Tobar, Sebastián.

CDD 370.113

**Aviso legal:**

A formação e o trabalho dos técnicos em saúde no mundo pós-COVID: síntese e recomendações” é publicado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), Centro Colaborador da OPAS/OMS para a Educação de Técnicos em Saúde, e não é uma publicação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. As opiniões expressas no texto, construído a partir das apresentações realizadas nos eventos do ciclo de oficinas/2022, são de responsabilidade dos autores. Essas opiniões não representam necessariamente as decisões ou políticas da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.



*Podemos encontrar quem não veria sentido na vida  
se não fosse informado por sonhos,  
nos quais pode buscar os cantos, a cura, a inspiração  
e mesmo a resolução de questões práticas que não consegue discernir,  
cujas escolhas não consegue fazer fora do sonho,  
mas que ali estão abertas como possibilidades.*

**Ailton Krenak, Ideias para adiar o fim do mundo, 2019**

# AUTORES/ORGANIZADORES

---

## **Ana Beatriz de Noronha**

Graduada em Jornalismo e mestra em Comunicação e Cultura. Assessora da Coordenação de Cooperação Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

## **Carlos Eduardo Batistella**

Graduado em Odontologia, mestre em Saúde Pública e doutor em Educação. Coordenador de Cooperação Internacional, professor e pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

## **Karina Caetano**

Graduada em Filosofia e mestra em Educação e Comunicação em Periferias Urbanas. Divulgadora científica.

## **Luciana F. Milagres**

Graduada em Relações Internacionais e especialista em Saúde Global. Assessora da Coordenação de Cooperação Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

## **Raquel Tavares**

Graduada em Comunicação Social e especialista em Divulgação Científica.

## **Sebastián Tobar**

Graduado em Sociologia, mestre e doutor em Saúde Pública. Assessor de Cooperação para a América Latina e pesquisador do Centro de Relações Internacionais em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Cris/Fiocruz).

# PALESTRANTES E DEBATEDORES DAS OFICINAS

**Alicia Madalena Ferreira** - Técnica em Histórias Clínicas, graduada em Medicina e mestra em Políticas e Gestão de Serviços de Saúde. Professora e pesquisadora da Faculdade de Ciências Econômicas e Administração da Universidade da República (FCEA/Udelar), Uruguai.

**Ana Lúcia Pontes** - Graduada em Medicina, mestra e doutora em Saúde Pública. Professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Brasil.

**Bianca Leandro** - Técnica em Gestão de Serviços de Saúde, graduada em Saúde Coletiva, mestra em Vigilância Sanitária. Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Brasil.

**Dênis Petuco** - Graduado em Ciências Sociais, mestre em Educação e doutor em Ciências Sociais. Professor e pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Brasil.

**Hernán Sepúlveda** - Graduado em História, mestre em Ciências Políticas. Assessor de Recursos Humanos em Saúde do Programa Sub-regional para a América do Sul da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (SAM-Opas/OMS).

**Herminia Llave Nina** - Graduada em Pedagogia e Enfermagem, mestra em Saúde Pública. Professora e chefe de enfermagem da Escola Nacional de Saúde (ENS), Ministério da Saúde e Esportes, Bolívia.

**Isabel Duré** - Graduada em Medicina, mestra em Administração Pública e Saúde Pública. Consultora em Políticas e Gestão de Recursos Humanos em Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS).

**Isabella Koster** - Graduada em Enfermagem, mestre em Ciências da Saúde e doutora em Saúde Pública. Diretora Científica da Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (Abefaco). Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Brasil.

**Janete Ismael Mabuie Gove** - Graduada em Nutrição, mestra em Alimentos e Nutrição. Professora-investigadora do Instituto Superior de Ciências de Saúde (Iscisa), Moçambique.

**Jesús Morales Romero** - Graduado em Assistência Social e especialista em Redução de Riscos e Danos. Professor e pesquisador da Universidade Central (UCEN), Chile.

**Jorgelina Diorio** - Doutorado Psicologia. Professora adjunta de Psicologia Social, Faculdade de Psicologia, Universidade de Buenos Aires (UBA), Argentina.

**Lizardo Huamán** - Graduado em Medicina, mestre em Ensino e Pesquisa em Saúde. Assessor da Direção Nacional de Pessoal de Saúde do Ministério da Saúde, Peru.

**Márcia Valéria Morosini** - Graduada em Psicologia, mestra em Saúde Coletiva e doutora em Políticas Públicas e Formação Humana. Professora e pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Brasil.

**María del Carmen Calle Dávila** - Graduada em Medicina, mestra em Gestão Governamental em Saúde e doutora em Saúde Pública. Secretária executiva da Agência Andina de Saúde - Convênio Hipólito Unanue (Oras-Conhu).

**Pier Paolo Balladelli** - Graduado em Medicina e doutor em Ciências Políticas e Medicina. Ex-Diretor do Programa Sub-regional para a América do Sul da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (SAM-Opas/OMS).

**Silvia Cassiani** - Graduada em Enfermagem e Obstetrícia, mestra em Enfermagem Fundamental e doutora em Enfermagem. Assessora Regional de Técnicos de Enfermagem e Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS).



# SUMÁRIO

---

## PRÓLOGOS

SAM-OPAS/OMS .....	12
EPSJV - Centro Colaborador da Opas/OMS para a Educação de Técnicos em Saúde .....	13
Lista de siglas .....	15

## INTRODUÇÃO

Apresentação .....	19
Contexto global: a saúde no mundo pós-Covid .....	27
Constituição e influência de comunidades epistêmicas nas políticas de formação de técnicos em saúde: apontamentos iniciais .....	35

## AS OFICINAS

<b>Oficina 1 - APS, a agenda 2030 e a formação e trabalho dos técnicos em saúde</b> .....	44
Contextualização do tema .....	46
Mesa de abertura .....	47
Narrativas das experiências locais	
<b>A APS como condição para alcançar os ODS</b> (Peru) .....	49
<b>A promoção da saúde desde o território</b> (Brasil) .....	53
Síntese do debate .....	57
<b>Oficina 2 - Interculturalidade e a formação de técnicos em Saúde</b> .....	61
Contextualização do tema .....	63
Narrativas das experiências locais	
<b>A interculturalidade como constituinte do Estado Plurinacional da Bolívia</b> .....	67
<b>Ultrapassar a discriminação para fortalecer interculturalidade</b> (Moçambique) .....	70

<b>A experiência formativa de Agentes Indígenas de Saúde</b> (Brasil) _____	73
Síntese do debate _____	77
<b>Oficina 3 - Saúde mental e a formação de técnicos em saúde</b> _____	81
Contextualização do tema _____	83
Narrativas das experiências locais	
<b>O pensamento decolonial como caminho para a saúde mental na América Latina</b> _____	86
<b>Problematizando a saúde mental nas adolescências</b> (Argentina) _____	89
<b>A APS e os desafios para a atenção à saúde mental</b> (Chile) _____	93
Síntese do debate _____	97
<b>Oficina 4 - Informação e registros em saúde: o papel dos técnicos</b> _____	99
Contextualização do tema _____	101
Narrativas das experiências locais	
<b>O SIS como possibilidade de articulação do cuidado nas Américas</b> (Opas/OMS) _____	104
<b>A experiência da formação em registros médicos</b> (Uruguai) _____	109
<b>O papel das trabalhadoras e trabalhadores da saúde nos SIS</b> (Brasil) _____	112
Síntese do debate _____	117
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	
<b>Recomendações</b> _____	122
Dimensão formativa _____	123
Dimensão laboral _____	125
Dimensão político-institucional _____	127
Dimensão de cooperação internacional _____	131
<b>Trabalho em rede: aprendendo juntos</b> _____	133
<b>REFERÊNCIAS</b> _____	135

The background consists of several overlapping rectangular blocks in three shades of teal and dark blue. A large white rectangular area is positioned in the center, containing the text. The blocks are arranged in a way that creates a sense of depth and modern design.

# **PRÓLOGOS**

Os trabalhadores da área da saúde representam um dos principais pilares dos sistemas de saúde e provaram ser essenciais na resposta à crise de saúde causada pela COVID-19. A pandemia, além de demonstrar um déficit na disponibilidade de profissionais de saúde, destacou a importância de planejar sistemas que assegurem a disponibilidade e a distribuição adequadas, garantindo condições de trabalho apropriadas para o desempenho de suas funções. Além disso, a abordagem da crise de saúde demonstrou a necessidade de fortalecer o primeiro nível de atendimento, melhorando sua capacidade de resolução e consolidando o trabalho em equipe.

Nesse contexto, a Organização Pan-Americana da Saúde, por meio de vários documentos, promoveu o desenvolvimento de equipes interprofissionais no primeiro nível de atenção, com capacidade de resolução, competências adequadas e foco na equidade intercultural, gênero e determinantes sociais da saúde, para atender às circunstâncias particulares das comunidades. As principais tarefas da equipe interprofissional incluem prevenção e promoção da saúde, vigilância epidemiológica, diagnóstico oportuno por meio de triagem e atendimento adequados para garantir o acesso ao tratamento, acompanhamento e monitoramento de cada caso. Dentro das equipes interprofissionais, os técnicos de saúde têm desempenhado um papel relevante, tanto no gerenciamento de pandemias quanto na fase subsequente, destacando, entre outros pontos, seu papel fundamental na detecção e acompanhamento de casos e no processo de vacinação.

Diante do exposto, para o Programa Sub-regional da Opas para a América do Sul, a parceria estratégica com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz para o desenvolvimento do ciclo de oficinas “A formação e o trabalho dos técnicos de saúde no mundo pós-COVID” é uma tremenda oportunidade para avançar, por meio da formação, no propósito de fortalecer o primeiro nível de atenção, no marco das redes integradas de saúde, e promover o desenvolvimento das equipes interprofissionais de saúde, nas quais os técnicos desempenham funções essenciais.

Ainda há muitos desafios no campo da formação de recursos humanos para a saúde e no papel chave a ser desempenhado pelos técnicos. Esperamos continuar trabalhando de forma colaborativa com a EPSJV/Fiocruz para enfrentá-los.

**Dra. María Dolores Pérez Rosales**

Diretora (a.i) do Programa Sub-regional para a América do Sul da Opas

Fruto de uma parceria estratégica com o Programa Sub-regional da Opas/OMS para a América do Sul (SAM-Opas/OMS), esta publicação completa com sucesso a realização do Ciclo de oficinas 'A formação e o trabalho de técnicos em saúde no mundo pós-Covid', realizado em 2022.

A ideia dos ciclos de oficinas sobre a formação e o trabalho dos técnicos em saúde surgiu em 2021. Naquele momento, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Centro Colaborador da Opas/OMS para a Educação de Técnicos em Saúde desde 2004, em parceria com a Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS), percebeu a necessidade de construir um espaço de discussões, de aprendizado mútuo e de formulação de propostas, a partir de experiências concretas desenvolvidas por diferentes instituições que buscavam superar os desafios impostos pela Covid-19 aos processos formativos desses trabalhadores.

O sucesso da iniciativa anterior – o Ciclo de oficinas 'Os desafios da formação de técnicos em saúde no contexto da pandemia' (2021) e sua respectiva publicação – inspirou a realização de um novo ciclo, em 2022, cujo foco foi a formação e trabalho dos técnicos em saúde no mundo pós-pandêmico. A transição ao novo cenário destaca as lições aprendidas e reitera os desafios que devemos enfrentar: tornou-se imperativo recompor e fortalecer a APS como base para os sistemas nacionais de saúde severamente afetados pela pandemia e por políticas neoliberais de redução do Estado, bem como buscar reduzir o déficit crônico de trabalhadores para o setor.

Com a participação ativa de membros da RETS e de suas sub-redes – Rede de Escolas Técnicas de Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (RETS-CPLP) e Rede Ibero-americana de Educação de Técnicos em Saúde (RIETS) –, de representantes de organismos internacionais e de um público oriundo de vários países, conseguimos reunir um grupo considerável de pesquisadores, gestores e trabalhadores das áreas de saúde e de educação. Nesse sentido, contemplamos a expressão de um conjunto de vozes e visões diversas sobre os temas abordados e abrimos possibilidades de identificar as peculiaridades de cada país e os pontos comuns que nos permitem desenvolver parcerias em prol da melhoria da formação e das condições de vida e de trabalho dos técnicos em saúde.

Como Centro Colaborador da Opas/OMS e como Secretaria Executiva das redes, nos sentimos gratificados pela oportunidade de apresentar mais uma publicação voltada para aqueles que reconhecem a importância dos técnicos em saúde

e lutam por sua valorização social e profissional, bem como para aqueles que acreditam nas infinitas possibilidades do trabalho em rede.

**Anamaria D'Andrea Corbo**

Diretora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
Fiocruz

# LISTA DE SIGLAS

<b>Abefaco</b>	Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade
<b>Abrasco</b>	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
<b>AIS</b>	Agente Indígena de Saúde
<b>Ametramo</b>	Associação dos Médicos Tradicionais
<b>ASSA 2030</b>	Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CC</b>	Centro colaborador
<b>Conatens</b>	Confederación Nacional de Técnicos en Enfermería
<b>Conicet</b>	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
<b>CNFTS</b>	Contas Nacionais da Força de Trabalho em Saúde
<b>Cris</b>	Centro de Relações Internacionais em Saúde
<b>Ctacis</b>	Curso Técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde
<b>CVSP</b>	Campus Virtual de Saúde Pública
<b>DAPS</b>	Diretoria de Atenção Primária à Saúde
<b>EUTM</b>	Escuela Universitaria de Tecnología Médica
<b>ENS</b>	Escola Nacional de Saúde
<b>ENSP</b>	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
<b>EPSJV</b>	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>HLPF</b>	Fórum Político de Alto Nível, do inglês High-Level Political Forum
<b>FCEA</b>	Escola de Ciências Econômicas e Administração
<b>Fiocruz</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>ISCISA</b>	Instituto Superior de Ciências de Saúde

<b>Minsa</b>	Ministério da Saúde, Peru
<b>MSyD</b>	Ministério da Saúde e Esportes, Bolívia
<b>ODS</b>	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
<b>OIT</b>	Organização Internacional do Trabalho
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>Opas</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>Oras-Conhu</b>	Organismo Andino de Saúde-Convênio Hipólito Unanue
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PMA</b>	Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção à Saúde
<b>Profam</b>	Programa Nacional de Formação em Saúde da Família e Comunidade
<b>RHS</b>	Recursos Humanos em Saúde
<b>RETS</b>	Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde
<b>RIETS</b>	Rede Ibero-Americana de Educação de Técnicos em Saúde
<b>RETS-CPLP</b>	Rede Ibero-Americana de Educação de Técnicos em Saúde e a Rede de Escolas Técnicas de Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
<b>Safci</b>	Saúde Familiar Comunitária Intercultural
<b>Sesai</b>	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
<b>SIRHS</b>	Sistema de Informação sobre Recursos Humanos em Saúde
<b>SIS</b>	Sistema de Informação em Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>Tens</b>	Técnicos de Nível Superior em Enfermagem
<b>TIC</b>	Tecnologias da Informação e Comunicação



<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>Udelar</b>	Universidade da República
<b>Unicef</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância



# INTRODUÇÃO

# APRESENTAÇÃO

Em dezembro de 2019, foi identificado o primeiro caso da doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, na cidade de Wuhan, no sudeste da China. De acordo com a [Organização Mundial da Saúde](#) (OMS), daquele momento até o dia 31 de janeiro de 2023, foram contabilizados mais de 750 milhões de casos de Covid-19 em todo o mundo, com mais de 6,8 milhões de mortes. Até essa mesma data, mais de 13 bilhões de doses de vacinas foram aplicadas, o que ajudou a conter o avanço da Covid-19 no mundo, mas as terríveis consequências da enorme crise econômica, sanitária e social causada pela pandemia ainda serão sentidas por muito tempo.



Para os sistemas nacionais de saúde, a pandemia, que trouxe dificuldades até então inimagináveis, também deixou grandes cicatrizes e muitos desafios que precisam ser superados o quanto antes. A descontinuidade de programas e intervenções comunitárias e a interrupção da prestação de serviços essenciais de saúde, ocorrida em quase todos os países, causaram fortes impactos nos programas ambulatoriais, nos atendimentos de emergência e nas cirurgias eletivas, e, por conta de inúmeras demandas represadas, acrescentaram novas preocupações às já existentes.

Também foram grandes as perdas e repercussões decorrentes da Covid-19 na força de trabalho em saúde: a morte de um grande contingente de trabalhadores e as alterações significativas de sua rotina pessoal e laboral causaram a exaustão e o sofrimento psíquico dos profissionais. O aumento expressivo da demanda foi acompanhado de dificuldades na reposição da força de trabalho devido aos efeitos da pandemia sobre a formação dos trabalhadores da saúde.

A superação desses desafios e a retomada dos compromissos expressos na **Agenda 2030**, cujo alcance foi severamente afetado pela pandemia, implicam em grandes responsabilidades para as instituições, tendo em vista a importância de coordenação de respostas eficazes aos problemas e necessidades das populações.



## AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Os [Objetivos do Desenvolvimento Sustentável](#) (ODS) compõem um plano de ação global fixado em 2015 pela Organização das Nações Unidas (ONU), com duração até 2030. Possui 17 Objetivos e 169 metas, com vistas a abarcar dimensões do desenvolvimento sustentável: econômico, social e ambiental. Além do ODS 3 - Saúde e bem-estar - muitos objetivos estão profundamente relacionados com a saúde pública e os determinantes sociais da saúde.



Fonte: Opas, 2022.

## OS CICLOS DE OFICINAS SOBRE A FORMAÇÃO E O TRABALHO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE

Em outubro de 2020, já diante das dificuldades impostas pela pandemia às instituições formadoras de forma geral, foi realizado o 9º Seminário Virtual da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS), com o tema '[A Covid-19 e a formação dos técnicos em saúde](#)'. Naquele momento, as preocupações manifestadas pelas instituições presentes apontaram a necessidade de ampliar as discussões sobre os problemas que estavam enfrentando e sobre possíveis estratégias que permitissem a continuidade de seu trabalho. Era mais um esforço

para minimizar os efeitos nefastos da pandemia sobre a formação de **técnicos em saúde** qualificados e aptos a assumirem o quanto antes suas funções nos serviços de saúde.



## OS TÉCNICOS EM SAÚDE

Os técnicos em saúde constituem um contingente expressivo da força de trabalho do setor, exercem um papel fundamental em todos os níveis de atenção e assumem uma responsabilidade crescente nos sistemas de saúde. No entanto, ainda há poucas informações sistematizadas sobre quem são, onde atuam e como devem ser formados esses trabalhadores.

O sentido real do termo 'técnico em saúde' varia de acordo com os contextos social, político, econômico e cultural que definem os diferentes sistemas nacionais de educação, bem como as características que o trabalho em saúde assume em cada situação.

Ao longo do tempo, a formação de auxiliares e técnicos ocorreu de acordo com as necessidades específicas de cada país. Isso resultou na existência de titulações distintas para profissionais com formação similar ou ainda uma mesma denominação aplicada a profissionais com diferentes formações e atribuições.

De forma a permitir o desenvolvimento de ações de cooperação técnica, em meio a tanta diversidade, no âmbito da RETS e de suas sub-redes, definimos o trabalho técnico em saúde como todo aquele realizado pelo conjunto de trabalhadores que exercem atividades técnico-científicas no setor. Nesse sentido, compreende desde as atividades realizadas por auxiliares e agentes comunitários de saúde até as que são realizadas por técnicos de nível superior universitário ou não.

Fonte: RETS, (2005).

Diante desse cenário, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Centro Colaborador da Opas/OMS para a Educação de Técnicos em Saúde desde 2004, propôs à RETS e suas sub-redes – a Rede Ibero-Americana de Educação de Técnicos em Saúde (RIETS) e a Rede de Escolas Técnicas de Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (RETS-CPLP) – a realização de um ciclo de oficinas virtuais. A iniciativa, desde sua concepção, contou com o apoio do Programa Sub-regional para América do Sul da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

(SAM-Opas/OMS) e do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Cris/Fiocruz). Seu propósito foi criar um espaço privilegiado para intercâmbio, reflexão, aprendizado e formulação de propostas, a partir de experiências concretas vivenciadas pelas instituições de formação de técnicos em saúde para a superação de desafios encontrados e o aprimoramento de sua atuação. Todas as oficinas foram transmitidas via YouTube, em português e espanhol, pela [VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz](#).



O ciclo de oficinas '[Desafios da formação de técnicos em saúde no contexto da pandemia](#)', realizado em 2021, resultou na publicação de um e-book com as sínteses e recomendações das oficinas realizadas, de forma a incentivar a continuidade das discussões e as reflexões acerca dos temas apresentados. O sucesso da iniciativa incentivou a realização de um novo ciclo de oficinas em 2022 e a elaboração desta publicação que, da mesma forma que a anterior, busca contribuir com a produção de importantes conhecimentos no campo da formação de técnicos em saúde. Outro resultado significativo do projeto tem sido o estreitamento das relações das

Redes e do Centro Colaborador com organismos multilaterais, o que, em alguma medida, pode contribuir para os processos de integração regional na América do Sul ou entre os países da CPLP, por exemplo. O aprofundamento do diálogo com esses organismos foi de grande importância para a definição dos temas das oficinas e pode, futuramente, apoiar a definição de alguns projetos a serem desenvolvidos.

Passados os piores momentos da pandemia de Covid-19, a ideia do ciclo de oficinas '[A formação e o trabalho de técnicos em saúde no mundo pós-Covid](#)' é que ainda há muito a ser feito para que os sistemas nacionais de saúde possam superar as dificuldades impostas pela crise sanitária e os países possam retomar seus esforços em direção à saúde universal e à consecução dos ODS que compõem a Agenda 2030. Para que isso aconteça, mais do que nunca é necessário o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e, conseqüentemente, a formação de trabalhadores em número suficiente e devidamente qualificados para esse nível de atenção.

A iniciativa evidenciou a relevância do trabalho em rede para o empoderamento de todos, por meio da aprendizagem coletiva, e para a produção de bens públicos locais, regionais ou globais. Além disso, se a pandemia, em seus piores momentos,

mostrou ao mundo a essencialidade do trabalho realizado pelos técnicos em saúde; no mundo pós-pandêmico, a formação e o trabalho desses técnicos foram fundamentais para a construção de sistemas nacionais de saúde capazes de lidar tanto com as questões sanitárias que vem afetando as populações em seu cotidiano, quanto com novas emergências sanitárias. Por fim, mais do que simplesmente promover o reconhecimento do trabalho dos técnicos em saúde, os ciclos de oficinas têm servido para fortalecer as demandas desses profissionais por melhorias em sua formação inicial e continuada, por condições dignas de trabalho e por salários justos.

As oficinas e as publicações possibilitam o encontro de diferentes vozes e de diversas visões, por isso, são um convite à reflexão e atuação em rede considerando a melhoria da formação e do trabalho dos técnicos em saúde. Elas contemplam um esforço de pesquisa e diálogo para identificar, nas estratégias de enfrentamento dos desafios impostos pela Covid-19 na área de recursos humanos em saúde, aspectos que possam apoiar o trabalho de outras instituições de formação e de serviços de saúde. Elas buscam, ainda, ultrapassar uma compreensão restritiva e tecnicista da formação e do trabalho dos técnicos em saúde, por meio de abordagens temáticas interdisciplinares relacionadas aos determinantes sociais de saúde, a diversidade cultural, a governança e a informação em saúde.

O lançamento da publicação referente ao ciclo de oficinas de 2021 ocorreu em 14 de maio de 2022, juntamente com a primeira oficina do ciclo do mesmo ano. Na ocasião, Silvia Cassiani, assessora regional de Enfermagem e Técnicos da Saúde da Opas/OMS, destacou que, além do planejamento em saúde, a partir da necessidade das populações e da distribuição eficaz dos profissionais, existe também a necessidade de se considerar suas condições de trabalho. Ao lembrar da contribuição dos técnicos em saúde no enfrentamento à Covid-19, sublinhou que

“

**Os técnicos desempenharam e continuam desempenhando um papel relevante no gerenciamento dessa pandemia e nos esforços de vacinação. Agora é a oportunidade urgente que nós temos de traduzir o reconhecimento em um apoio real e sustentado.**

*Silvia Cassiani*

”

“os técnicos desempenharam e continuam desempenhando um papel relevante no gerenciamento dessa pandemia e nos esforços de vacinação. Agora é a oportunidade urgente que nós temos de traduzir o reconhecimento em um apoio real e sustentado”. Segundo ela, ambiente e horários adequados, salários competitivos e seguridade social são alguns exemplos que podem contribuir para a melhora da rotina, bem como para evitar a alta taxa de rotatividade desses trabalhadores, o que é prejudicial ao atendimento dos usuários dos serviços. A assessora da Opas/OMS também considerou essencial que se elimine o déficit no investimento na formação dos técnicos, de forma a permitir a atualização permanente de laboratórios, a revisão sistemática dos currículos e a qualificação do corpo docente.

Para Pier Paolo Balladelli, então diretor da SAM-Opas/OMS, investir na formação de técnicos em saúde cria um círculo virtuoso: contribui com o fortalecimento da governança, por meio de protagonismos diversos na área da saúde, e com o desenvolvimento de soluções para ampliar o acesso

e a cobertura dos serviços, conforme preconizado pela **Agenda de Saúde Sustentável 2018 a 2030 para as Américas (ASSA 2030)**. Para ele “se nós, de fato, queremos conectar os técnicos da saúde na sua formação e no seu agir na comunidade com a Agenda 2030, nós precisaremos ter, na formação interdisciplinar, um programa que coloque como diretriz ou orientação, a atenção primária à saúde e os determinantes da saúde”. Os ciclos de oficinas e as suas publicações podem colaborar de maneira exitosa nesse sentido.

“

**Se nós, de fato, queremos conectar os técnicos da saúde na sua formação e no seu agir na comunidade com a Agenda 2030, nós precisaremos ter, na formação interdisciplinar, um programa que coloque como diretriz ou orientação, a atenção primária à saúde e os determinantes da saúde.**

*Pier Paolo Balladelli*

”





## AGENDA DE SAÚDE SUSTENTÁVEL PARA AS AMÉRICAS 2018- 2030



A [ASSA 2030](#) é um instrumento de planejamento estratégico proposto pela Opas/OMS e aprovado por ministros e secretários de saúde das Américas. É um chamado à ação coletiva para o desenvolvimento da saúde na região. Entre os seus princípios e valores, estão o direito à saúde, a solidariedade pan-americana, a equidade, a universalidade e a inclusão social.

Fonte: Opas, 2017.

## A PUBLICAÇÃO ATUAL

Para nós é muito gratificante apresentar este e-book, fruto de um trabalho coletivo realizado, inicialmente, em meio a muitas dores vividas por todos nós durante a pandemia. O projeto desenvolvido pela EPSJV/Fiocruz e pelas instituições que integram as redes internacionais de formação de técnicos em saúde – RETS, RIETS e RETS-CPLP –, com participação ativa de organizações multilaterais, permitiu o desenvolvimento de atividades, guias e publicações como esta. A expectativa é que nossos leitores possam se apropriar dos temas selecionados e das discussões realizadas para encontrar pistas que os ajudem a dar respostas às dificuldades enfrentadas em seus contextos locais.

O ciclo de oficinas é um chamado para reafirmar a saúde como direito humano básico e os técnicos como atores e atrizes-chave no planejamento de recursos humanos na saúde. É um apelo para a compreensão do papel relevante que os docentes assumem nos processos formativos de qualidade seja nas escolas, seja nos serviços, não apenas com relação ao conteúdo técnico transmitido, mas das questões relacionadas ao trabalho desses técnicos em equipe multidisciplinares e à sua participação nos processos de gestão dos serviços em que estão inseridos.

Esta publicação foi elaborada por uma equipe multidisciplinar preocupada não só com a qualidade do conteúdo, mas também com sua apresentação. Nossa intenção é que o uso de uma linguagem mais acessível e de indicações de documentos complementares ao texto, entre outros recursos, torne a leitura mais leve, porém não menos densa.

Assim como a publicação anterior, este livro digital reúne, de forma sistematizada, a memória das discussões desenvolvidas ao longo das oficinas realizadas em 2022, a partir de experiências apresentadas pelos membros das redes, e está dividido em três partes:

A parte 1 engloba a apresentação da publicação e dois textos introdutórios. Um deles caracteriza aquilo que estamos chamando de contexto pós-pandêmico na área da saúde. O segundo trata das redes como comunidades epistêmicas e procura mostrar a importância das mesmas na geração de conhecimentos sobre temas específicos.

A parte 2 traz uma síntese de cada uma das quatro oficinas – ‘APS, a agenda 2030 e a formação e trabalho dos técnicos em saúde’, ‘Interculturalidade e a formação de técnicos em Saúde’, ‘Saúde mental e a formação de técnicos em saúde’ e ‘Informação e registros em saúde: o papel dos técnicos’ – e destaca seus principais aspectos.

Na parte 3 estão reunidas as considerações finais e as principais recomendações das oficinas sobre os temas discutidos.

Este e-book é um contraponto à crescente proliferação contemporânea de informações falsas ou de origem duvidosa e à negação da ciência. Ele pretende ser uma ferramenta útil ao fortalecimento do trabalho em rede, da formação de técnicos em saúde e da divulgação técnico-científica de qualidade. Esta publicação é mais um recurso disponível para auxiliar na construção e consolidação de sistemas nacionais de saúde que possam, de fato, atender as necessidades de saúde das populações.

Nesse sentido, esperamos que todos aqueles que se interessam por questões relacionadas à formação de trabalhadores para a Saúde possam construir conhecimentos a partir das informações apresentadas e queiram compartilhar esta publicação com outros que também venham se beneficiar de seu conteúdo.

# CONTEXTO GLOBAL: A SAÚDE NO MUNDO PÓS-COVID

Luciana Frederico Milagres  
Sebastián Tobar

*"Ninguém estará seguro a menos que todos estejamos"*  
(António Guterres)

Nos últimos quatro anos temos vivido questões internacionais impactantes para a vida dos indivíduos e das comunidades. A pandemia, os conflitos armados e o aumento das desigualdades sociais nos levam a um caminho de dificuldades e privilégios excludentes, um caminho desesperançoso e produtor de muito sofrimento humano. Por muitas vezes, ao acompanhar o avanço da emergência da Covid-19 e do conflito entre a Rússia e a Ucrânia, foi difícil driblar o pessimismo e tratar a realidade com mais sensatez e positividade. Nesse cenário, a alternativa que a comunidade internacional encontrou foi a de investir e confiar em organismos e acordos multilaterais que misturam desafios, metas e atores capazes de quebrar a barreira do impossível em busca de transformar esses privilégios em direitos e equidade.

## A ONU E A AGENDA 2030

A criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em outubro de 1945, pode ser interpretada como semente da maior realização coletiva da humanidade e, hoje, a [Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável](#) representa o maior exemplo de compromisso global assumido por chefes de Estado e de Governo para erradicar a pobreza e garantir a prosperidade para todos. No entanto, o cumprimento dos 17 objetivos e das 169 metas que compõem a Agenda exige o enfrentamento do atual modelo de ordem mundial, o qual segue focado no desenvolvimento econômico e não na sustentabilidade do planeta. Além disso, demanda uma cooperação internacional revitalizada com o espírito de solidariedade entre governos, o setor privado, a sociedade civil e o sistema das Nações Unidas, sustentados por um financiamento robusto e exequível, em prol das pessoas em situações vulneráveis, com o compromisso de "não deixar ninguém para trás".

Em 2022, superados os piores momentos da pandemia, a Covid-19 permanece na lista de desafios globais a serem enfrentados pelos Estados. **O Fórum Político de Alto Nível da ONU (HPLF, na sigla em inglês)**, criado para avaliar o

progresso da Agenda 2030, realizou sua reunião anual que discutiu a superação dos impactos da pandemia de coronavírus para a consecução dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030.

Entretanto, se a intenção foi boa, o resultado deixou muito a desejar. Apenas uma lista de retóricas já conhecidas pela população mundial e por seus governantes, dentre as quais: melhorar o acesso a vacinas de qualidade; reforçar os sistemas de saúde, com particular ênfase na saúde primária; prevenir e preparar respostas a pandemias; apoiar continuamente mecanismos multilaterais relevantes na abordagem dos impactos socioeconômicos da pandemia; apoiar econômica e socialmente medidas de proteção às populações mais afetadas e mais vulneráveis e alcançar a saúde global. Pontos irrefutavelmente importantes e moralmente cruciais, mas que já foram inúmeras vezes afirmados e reafirmados. Nesse sentido, a declaração ministerial produzida no [Fórum de 2022](#) nos mostra como o mundo, que foi atropelado pela Covid, continua a assumir compromissos com reafirmações de acordos essenciais para o desenvolvimento sustentável, mas sem a força estrutural e efetiva que nos garanta que esses objetivos sejam, de fato, alcançados até 2030.



## FÓRUM POLÍTICO DE ALTO NÍVEL DA ONU

Em 2012, a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20) estabeleceu a criação do [Fórum Político de Alto Nível](#), realizado anualmente para avaliar o progresso dos objetivos globais.

A primeira reunião do Fórum, que substituiu a Comissão de Desenvolvimento Sustentável, que se reunia anualmente desde 1993, foi realizada em 24 de setembro de 2013. Segundo a ONU, o Fórum é a plataforma central para promover o debate e o pensamento inovador, forjar um consenso sobre os caminhos a seguir, e coordenar esforços para alcançar os objetivos acordados internacionalmente. Além disso, é responsável pelo acompanhamento das grandes conferências e cimeiras das Nações Unidas.

Fonte: ONU, (s.d).

## NOVOS TEMPOS PARA O MULTILATERALISMO

Nesse contexto turbulento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstrou alguma eficiência técnica ao analisar a situação na rapidez que a pandemia exigiu. No entanto, embora ainda seja formalmente a autoridade máxima em saúde global, a OMS vem enfrentando, há algum tempo, uma crise de legitimidade. A organização tem sofrido ataques de governos autoritários, que acabam resultando em crise financeira, com paralisação de algumas de suas atividades, e pondo em questão sua própria identidade: a OMS é uma mera agência reguladora ou provedora de ajuda humanitária? Suas resoluções são obrigatórias ou apenas recomendações? (VELÁSQUEZ, 2020).

Os debates realizados nas principais instâncias decisórias multilaterais, como a Assembleia Geral e o Conselho de Segurança das Nações Unidas, a Assembleia Mundial e as reuniões regionais de saúde – Comitê Regional da OMS para a África ou Conferência Pan-americana da Saúde, por exemplo – insistem na criação de um sistema resiliente de financiamento que consiga superar o fato de, historicamente, o multilateralismo depender de países que escolhem fortalecer demandas fora da agenda da saúde e da vida. Nesse sentido, não é possível negar que a pandemia encontrou o mundo com forte enfraquecimento do multilateralismo global, com questionamentos que afetam o prestígio da OMS, sua influência e seus recursos, em meio às grandes tensões internacionais causadas pela disputa entre Estados Unidos e China pela hegemonia econômica.

Mas não é apenas a OMS que tem sofrido com problemas financeiros. A resposta da Organização Pan-americana da Saúde (Opas) à pandemia foi afetada por problemas relacionados aos recursos provenientes das contribuições de seus Estados membros (OPAS, 2020). Em 31 de maio de 2020, a Opas registrava USD 162,2 milhões em dívidas de contribuições regulares, dos quais 67% eram dos Estados Unidos, 15% do Brasil e 5% da Argentina. Na época, os governos de Mauricio Macri, na Argentina, e Jair Bolsonaro, no Brasil, optaram por se alinhar à proposta do governo de Donald Trump, Estados Unidos, de não contribuição à Opas por razões políticas, o que resultou em uma das maiores crises financeiras vividas pela organização desde sua criação, em dezembro de 1902.

A fim de se ter noção da gravidade do problema, na pauta da reunião do Conselho Diretor da Opas, realizado em setembro de 2020 (OPAS, 2020), já

durante a pandemia, foram abordados mais de 20 pontos, dos quais apenas um estava relacionado à "Covid-19 na Região das Américas". Das nove resoluções aprovadas pelo Conselho, uma tratava de aspectos da pandemia nas Américas, outra à reforma da governança da organização e as outras sete diziam respeito a aspectos orçamentários, administrativos e financeiros ou a assuntos ligados ao seu funcionamento, temas que precisavam ser solucionados para que a OpaS pudesse se dedicar à resposta à pandemia de forma mais efetiva.

Para se somar a isso tudo, num mundo já assolado pela pandemia, a guerra na Ucrânia, iniciada em fevereiro de 2022, também revelou, mais uma vez, o conflito moral internacional de se identificar novas crises humanitárias, enquanto antigos desafios na área da saúde permanecem sem solução. As atenções e as reservas financeiras mais uma vez se voltam para o conflito em si ou para suas consequências econômicas nos países direta ou indiretamente afetados, o que mostra que nenhuma outra pauta caminha para o sucesso enquanto o valor das políticas públicas não for tomado pela centralidade da vida humana.

Assim como a Covid-19, a Guerra da Ucrânia acabou gerando impactos significativos na economia e nas prioridades dos Estados. A desaceleração do crescimento econômico e o aumento da inflação fizeram com que a Saúde deixasse de ter primazia na agenda política dos países. O resultado é que após três anos de pandemia, o mundo contabiliza retrocessos na prevenção e controle de inúmeras doenças.

Com relação à Covid-19, até março de 2023, a [Opas/OMS](#) contabilizou mais de 190,3 milhões de casos da doença e mais de 2,9 milhões de mortes na região das Américas, números que representam, respectivamente, 25% e 43% do total mundial, em uma região que só tem o 8% da população mundial. Além disso, registrou, apenas em fevereiro, mais de um milhão de novos casos e dezessete mil óbitos. A preocupação futura é que, embora muitos países da região já tenham administrado esquemas de vacinação completos e doses de reforço, um número significativo deles não alcançou um número expressivo de imunização de sua população. O Haiti, por exemplo, que vive um cenário político deteriorado e um quadro de violência generalizada, tem a menor taxa de vacinação da região: apenas 2,1 % de sua população foi imunizada. O problema é que, mesmo diante desse quadro, os orçamentos para a saúde nos países da região têm enfrentado austeridade e sofrido cortes.

Apesar de tudo, a possibilidade de poder contar com informações atualizadas e de qualidade, bem como com orientações e conhecimentos produzidos pelos organismos multilaterais sempre nos trazem alguma tranquilidade e segurança. No caso da Opas, por exemplo, o prestígio acumulado em 120 anos de existência e a aproximação com os sistemas nacionais de saúde, permitiram a retomada de sua liderança regional, impulsionando inúmeras atividades de cooperação com os países.

Nas reuniões de seu Corpo Diretivo, em 2021 e 2022, a Opas apresentou importantes documentos sobre o impacto da pandemia tanto na morbimortalidade pela Covid-19, como nas doenças não transmissíveis e seus fatores de risco. Na 74ª Conferência Pan-americana da Saúde, em 2022, com o lançamento do "[Saúde nas Américas: Panorama da Região das Américas no contexto a pandemia de Covid-19](#)", apresentou a situação da saúde regional e dos sistemas de saúde de cada país da região com relação a pandemia da Covid-19 e suas implicações: a queda na expectativa de vida; a redução nos atendimentos pelos sistemas de saúde e prejuízo direto aos trabalhadores do setor; a acentuação de desigualdades; o agravamento de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e problemas de saúde mental, incluindo taxas de suicídio; e a necessidade de assegurar cobertura e acesso universal à saúde.

Retrocessos que afetam diretamente a consecução das metas da Agenda 2030 e que, segundo avaliação da organização, podem ser revertidos se os países seguirem avançando com a vacinação contra a Covid e fortalecerem seus sistemas de saúde. O documento também sublinha a premência da construção de capacidades na saúde pública para responder a emergências, considerando a interprofissionalidade e a "[saúde única](#)", bem como a construção de sistemas de vigilância na interface homem-animal-ambiente, capazes de fornecer análises em tempo real para a tomada de decisões em nível local, nacional, regional e global. Além disso, reconhece que o aumento das capacidades regionais para o desenvolvimento e a produção de medicamentos e outras tecnologias de saúde pode contribuir para melhorar o acesso a esses bens e para proteger a segurança nacional e a recuperação econômica dos países. Por fim, acrescenta que é preciso fortalecer a governança, a liderança, as condições e as capacidades dos recursos humanos para a saúde nas Américas, considerando-os elementos-chave no fortalecimento dos sistemas de saúde.



## FORÇA DE TRABALHO: PILAR DE SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE RESILIENTES

Não há dúvida que a Covid-19 surgiu como o maior desafio da humanidade nos últimos cem anos, gerando demandas que não são apenas de saúde e extrapolando a barreira epidêmica. A origem da doença envolve múltiplas causas combinadas que transcendem a simples relação agente-hospedeiro (coronavírus - ser humano). Suas consequências vão muito além do adoecimento e da morte, o que caracteriza sua atual natureza sindêmica, cuja marca é uma crise multidimensional – sanitária, social, econômica, ambiental e política – que impacta negativamente essas mesmas dimensões da vida humana. E se avaliarmos a dimensão da saúde, para além do impacto nos serviços ofertados às populações, nos deparamos com outra forte crise global preexistente: a da força de trabalho para o setor.

A força de trabalho em saúde cria o processo de produção e dá forma e sentido à sua prática, ou seja, os trabalhadores não estão nos serviços de saúde, mas são os serviços de saúde. O contexto emergencial da pandemia resultou na contratação adicional de profissionais para dar conta da explosão da demanda causada pela doença. O caso é que essa absorção emergencial e não planejada de trabalhadores pode gerar efeitos inesperados, acentuando a contratação de determinadas categorias profissionais em detrimento de outras ou priorizando sua atribuição conforme a “lógica do surto”.





As fragilidades e resiliências dos sistemas de saúde estão diretamente relacionadas a sua força de trabalho. A crise revelou sistemas com grandes deficiências tanto nos perfis profissionais quanto em sua distribuição dentro dos territórios nacionais, o que resulta em grandes obstáculos para a universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde. Para o enfrentamento da pandemia, os sistemas de saúde e as instituições de formação de recursos humanos para o setor tiveram de reavaliar as suas estratégias de formação de modo não planejado. (MACHADO et al, 2021, p. 151)

Agora, comprovada a sindemia e suas consequências globais da Covid longa, bem como a redução dos recursos destinados à saúde, os sistemas nacionais se vêem diante do desafio de formar novos atores com aptidões técnicas necessárias aos serviços de atenção, mas também capazes de contribuir para formulação de políticas estruturantes locais, nacionais, regionais e até globais, bem como para a legitimação das mesmas em todas as esferas, com finalidade de fortalecer a governança da Saúde tanto local quanto globalmente. (MCGOWAN, BAMBRA, 2022)

No caso dos trabalhadores técnicos, que em muitos países constituem a maioria da força de trabalho do setor, os problemas têm ainda um outro agravante: historicamente invisibilizado, esse grupo geralmente carece de políticas públicas específicas à sua formação e prática profissional. Aplaudidos como heróis durante a pandemia, são geralmente tratados com indiferença no trabalho cotidiano.

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), como Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde, tem fortalecido o trabalho conjunto com a Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS) e suas sub-redes, com o propósito de reafirmar o papel dos técnicos em saúde e da própria sociedade como potências de conhecimento e de experiência acumulada. O objetivo é colocar, tanto um quanto o outro, em um lugar de destaque na construção de uma possível nova ordem política e social na diplomacia global e nos sistemas legislativos da saúde nos países. A informação, registro e compartilhamento de experiências em saúde pode ser um dos caminhos para driblar políticas neoliberais e de extrema-direita que veem a saúde como mais um nicho econômico e de disputas. Mais além, o trabalho em rede e o investimento em cooperação e produção de conhecimento internacional são identificados como transformadores, uma vez que consideram as experiências e as necessidades cotidianas dos trabalhadores e das diferentes populações de diversos países.

Mas a sociedade civil é tida como a incorporação de aspirações e valores, espaço em que a ética e as idéias de bem comum encontram sua mais clara expressão, articuladas no debate público e corporificadas em associações voluntárias de cidadãos. Refere-se assim, exclusivamente, às redes, movimentos e grupos sem fins lucrativos que se organizam para afirmar interesses, identidades e causas fora do âmbito das instituições políticas baseadas e controladas pelo Estado (VIEIRA, 2001).

Como é possível perceber, falar de saúde não é somente falar de processos de adoecimento e cura, mas é considerar um sistema interprofissional que esteja no centro das decisões dos Estados e seja transversal a todas as áreas administrativas de um país. Ou seja, a necessidade que grita é por sistemas nacionais de saúde mais robustos, com trabalhadores qualificados, inseridos em processos de planejamento e decisão e respeitados em seus direitos, segurança e formação, para que a saúde global e sua arquitetura de financiamento e planejamento atinja a eficiência e a sustentabilidade. Vale ressaltar que o termo “saúde global” implica considerar os desafios da saúde que atravessam fronteiras; implica uma abordagem numa perspectiva multilateral e considerando sempre as questões de segurança e de comércio; tem a expectativa de “Saúde para todos”, no nível global, e “Saúde em todas as políticas”, no âmbito dos países; e, por fim, envolve considerar, no contexto de uma ordem mundial neoliberal e dentro de um conjunto de mudanças nas relações de poder, as novas ameaças à saúde pública que afetam países ricos e pobres. Trabalhadores da saúde, atores internacionais e instituições de saúde global precisam combater as assimetrias e convencer as sociedades e seus governos de que a saúde pública é essencial, não só para atender emergências, mas também para garantir a igualdade de oportunidades, paz, progresso, bem-estar e felicidade (CUETO, 2015).

# CONSTITUIÇÃO E INFLUÊNCIA DE COMUNIDADES EPISTÊMICAS NAS POLÍTICAS DE FORMAÇÃO DE TÉCNICOS EM SAÚDE: APONTAMENTOS INICIAIS

Carlos Eduardo Colpo Batistella

A pandemia de Covid-19, como acontecimento disruptivo para o qual não estávamos preparados, provocou deslocamentos importantes na percepção da vida como um todo no planeta. Ainda que seu impacto não tenha desencadeado uma virada efetiva nas formas de organização e produção da existência humana, como se chegou a vislumbrar, sua expressão como fenômeno de escala global colocou em xeque os sistemas peritos e expôs nossa vulnerabilidade constitutiva (BUTLER, 2015). O desafio de enfrentar a pandemia exigiu de todas as nações a reorganização dos sistemas de saúde e uma concentração de esforços sem precedentes, especialmente na produção de conhecimentos e de vacinas.

À inicial escassez de evidências científicas sobre as formas de transmissão da doença e de protocolos clínicos para acompanhamento dos casos mais graves, sucedeu uma resposta vigorosa de centros de investigação e universidades pelo mundo todo. Mobilizadas, as redes de pesquisadores desempenharam um papel fundamental para a produção e validação de conhecimentos necessários ao enfrentamento da pandemia.

Paradoxalmente, esse ambiente mais favorável à cooperação escancarou as desigualdades estruturais entre os países e a incapacidade de organismos internacionais como as Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) de garantir a solidariedade esperada entre os países e o acesso equânime às vacinas. Tais compromissos de cooperação e responsabilização exigiriam ações multilaterais e uma infraestrutura sanitária internacional baseada em princípios da igualdade e dos direitos humanos, em um enfoque de Saúde Global (BUSS e BURGER, 2021; BUSS, 2021).

## O TRABALHO E A FORMAÇÃO DE TÉCNICOS EM SAÚDE

Diante dos desafios da Covid-19, a epidemiologia, a assistência hospitalar e a produção de insumos e imunobiológicos tiveram evidente centralidade.

Respondendo às urgências do contexto, a área de gestão e formação de recursos humanos também foi muito demandada: a necessidade de reorganizar os serviços e ampliar as equipes exigiu a contratação imediata de pessoal, com a reprodução em larga escala de vínculos precários sem garantias trabalhistas. De modo semelhante, tratou-se de “acelerar a conclusão dos cursos e fornecimento de diplomas a estudantes de medicina e outras profissões de saúde, para preencher as novas vagas criadas pela expansão dos serviços” (TEIXEIRA *et al*, 2020).

Se no início da emergência sanitária – quando as recomendações de distanciamento social se impunham – os maiores desafios da formação estavam referidos à incorporação tecnológica para o ensino remoto e às transformações do trabalho docente, num segundo momento passou-se a considerar a importância do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), âmbito em que são realizados os testes de Covid-19, o rastreamento de contatos e as imunizações (OPAS, 2021). Entre as instituições formadoras, a prioridade conferida a esse nível de atenção ensejou a discussão de perfis profissionais necessários para o atendimento às novas demandas e a reformulação dos currículos existentes.

Habitualmente invisibilizados nas equipes, instituições e políticas (PRONKO *et al*, 2011), os técnicos em saúde são considerados estratégicos para que os sistemas nacionais de saúde possam responder adequadamente às necessidades das populações. Representam a maior parte da força de trabalho em saúde disponível (EPSJV, 2023) e estão presentes nos diferentes âmbitos de práticas, desde a promoção, prevenção, diagnóstico até a assistência e a reabilitação. Apesar dessa expressão, a perspectiva de convergência de ações e políticas na agenda regional esbarra não apenas nas dificuldades estruturais, mas na grande heterogeneidade de designações, práticas, atribuições e perfis formativos dos técnicos entre os países, o que torna mais difíceis as análises e estudos orientados à integração e à Cooperação Sul-Sul.

Em artigo que discute os desafios da comparação como ferramenta de conhecimento em processos de integração supraregional, Pronko (2003) chama a atenção para a insuficiência da simples enumeração de semelhanças e diferenças resultante do levantamento de dados empíricos sobre a formação e o trabalho – títulos outorgados, carga horária, perfil de formação, categorias profissionais, atribuições, vínculos, formas de inserção e exercício profissional: “a riqueza da comparação está mais no processo que no produto, está nas perguntas que permite colocar e nas relações que nos permite enxergar” (PRONKO, 2003, p.584). É preciso situá-

las nas singularidades do contexto histórico de cada país, nas particularidades dos sistemas nacionais de saúde, observando a forma como respondem às tendências regionais e mundiais:

Se a comparação não consiste na simples justaposição de casos, senão no reconhecimento de traços comuns e especificidades próprias, no conhecimento do outro enquanto tal, e de nós a partir do outro, ela permitiria, ainda no caso de evoluções diferentes, e talvez precisamente por isso, um grande enriquecimento na compreensão de cada um dos casos estudados (PRONKO, 2003, p.584).

## **O CICLO DE OFICINAS E AS COMUNIDADES EPISTÊMICAS**

Iniciativas como o ciclo de oficinas organizado pelo Centro colaborador (CC) da OMS em parceria com a Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS) e suas sub-redes (RETS, 2022) têm sido determinantes para o conhecimento dessas especificidades, para a análise das políticas públicas que incidem sobre o trabalho dos técnicos em saúde e para a identificação de demandas comuns em cada área de intervenção (NORONHA et al, 2022). Articulando pesquisadores, gestores e trabalhadores da saúde, tais empreendimentos favorecem a composição de cadeias de equivalência e o fortalecimento das comunidades epistêmicas em torno de determinadas bandeiras de luta.

Definidas por Hass (1992) como uma rede de profissionais com reconhecida experiência e competência em um campo particular que reivindica autoridade de conhecimentos relevantes para a política dentro desse âmbito ou área temática, as comunidades epistêmicas ganharam relevância nas pesquisas em ciências sociais por permitirem a incorporação de atores não governamentais ao processo de construção de políticas, em contraposição às abordagens centradas no Estado. Nesses enfoques, a esfera governamental e a estrutura econômica aparecem como determinantes da organização e das práticas educacionais, não deixando espaço para a agência humana.

Para o autor, os profissionais que compõem as comunidades epistêmicas podem ser de diversas disciplinas e formações, entretanto devem compartilhar princípios e crenças normativas que fundamentam sua ação social, diagnósticos sobre os problemas centrais de seu domínio, noções de validade para o conhecimento em sua especialidade e uma visão de empreendimento político associadas a um conjunto de problemas aos quais sua competência profissional é dirigida. Em

diálogo com Antoniades (2003), Lopes (2006, p.41) afirma que as comunidades epistêmicas “são grupos de especialistas que compartilham concepções, valores e regimes de verdade comuns entre si e operam nas políticas pela posição que ocupam frente ao conhecimento, em relações de saber-poder”.

Contrastando com as preocupações essencialistas em eleger critérios capazes de definir sua lógica de pertencimento, as abordagens pós-estruturais afirmam a impossibilidade de definir as fronteiras identitárias das comunidades epistêmicas, uma vez que estas não são estáticas nem imutáveis. Como não são homogêneas, nem mesmo seus consensos – sempre conflituosos – são constantes. Emergem a partir da articulação de determinadas demandas, de modo contingente e provisório, e os sentidos hegemônicos nos discursos que enunciam são marcados pela instabilidade e impossibilidade de fixação (PIMENTEL JUNIOR, 2018; BATISTELLA *et al*, 2023).

É assim que, nas oficinas realizadas no Ciclo de 2022, veremos o encontro de profissionais dos serviços, professores, pesquisadores e representantes de organismos multilaterais de diferentes países com trajetórias e experiências marcadas pelo engajamento em lutas específicas do campo da saúde coletiva, como a desinstitucionalização da saúde mental, a incorporação da dimensão intercultural nas ações de saúde, a qualificação dos técnicos para produção de informações e registros em saúde, a regulamentação de novos perfis profissionais na APS e a defesa das políticas de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas.

As cadeias de equivalência se formam em nome de uma contraposição – um antagonismo – às políticas e práticas institucionalizadas que excluem ou negam a possibilidade de existência ou de acesso à saúde de determinados segmentos populacionais, como as populações originárias, populações em situação de rua, dependentes de álcool e drogas ou mesmo as populações rurais, remotas ou desatendidas. Em um contexto mais amplo, se articulam em defesa da valorização e qualificação dos trabalhadores técnicos da saúde.

As comunidades epistêmicas tornam-se então a articulação de subjetividades constituídas no campo discursivo da educação de técnicos em saúde, uma vez que “em um enfoque discursivo a própria atividade política produz a identificação comunitária em sentido performático” (PIMENTEL JÚNIOR, 2018). A atividade política da comunidade não confere estabilidade identitária, nem implica “caminhar

um percurso já dado de antemão, antecipado via projeção normativa de métodos e práticas tidos como próprios” (idem):

(...) não há comunidade epistêmica plena e anterior às respostas que oferecem, mas apenas modos como essas comunidades respondem ao que está posto em um determinado espaço-tempo de subjetivação política. Ao mesmo tempo em que inviabiliza uma atribuição fixista de atributos, esse deslocamento de foco das fronteiras para as respostas confere maior fluidez à investigação do modo como sujeitos se aglutinam frente ao que nomeiam como inimigo comum, permitindo pensar com mais dinamicidade desde as estratégias discursivas, os termos e o modo como mobilizam o debate na construção e identificação dessa ameaça, até o modo como prescrevem possíveis resoluções para os impasses gerados por esse inimigo (PIMENTEL JUNIOR, 2018, p.237).

Ao deslocar o foco dos agentes para os discursos, podemos interpretar as comunidades epistêmicas como articulações provisórias e contingentes que, em contextos específicos, constituem-se a partir de fronteiras antagônicas que estabilizam precariamente certas significações e produzem ações políticas sobre determinados problemas.

## **INFLUÊNCIA NA DEFINIÇÃO DE POLÍTICAS**

Igualmente controverso entre autores que estudam as comunidades epistêmicas é o tema da relação entre investigação e definição de políticas. O simples reconhecimento da atuação de comunidades epistêmicas em determinado campo não assegura sua influência sobre a elaboração das políticas. Aprofundando esse ponto, Kingdon afirma que:

Depois dos grupos de interesse, o trabalho de acadêmicos, pesquisadores e consultores é o elemento mais importante dos atores não governamentais. É fácil encontrar sua influência em todos os processos políticos. As ideias provenientes da literatura acadêmica são normalmente discutidas por membros de burocracias, grupos políticos ou gestores. Acadêmicos proeminentes são bem conhecidos pelo nome e repetidamente citados em entrevistas (KINGDON, 1995, *apud* MALDONADO-MALDONADO, 2005, p. 110 [Tradução livre]).

Porém, na opinião do autor, a influência de acadêmicos, investigadores e consultores se daria mais na esfera das alternativas do que na agenda pública, e em cenários de longo prazo que em aspectos de intervenção imediata.

Para Antoniades (2003), a compreensão do papel dessas comunidades na construção de políticas deve distinguir dois níveis de ação: o cognitivo e o prático. O primeiro, diz respeito à forma como atuam influenciando a realidade social e



a estrutura conceitual em que cada processo político está inserido, ou seja, a forma como uma determinada situação é definida. O segundo está formalmente relacionado com o processo político: seu poder de definição de agendas e o engajamento direto (como membro ou representante de governos ou agências internacionais) ou indireto (como consultores, assessores técnicos, comentaristas etc.) nos espaços decisórios.

Maldonado-Maldonado (2005) assinala que a análise proposta pelo conceito de comunidades epistêmicas não se encaixa em nenhum dos modelos clássicos que avaliam a utilização de investigações em políticas educacionais, ainda que incorpore algumas de suas características. Para a autora, essa perspectiva (das comunidades epistêmicas) ilumina um aspecto muitas vezes deixado de lado: o papel dos atores na relação investigação-definição de políticas. São sujeitos com histórias e circunstâncias particulares, cujas trajetórias muitas vezes se confundem com a criação ou consolidação de um campo de estudos, que estão conectados aos processos e à definição de políticas.

Acentuando a importância das diferenças pessoais na construção de políticas Husén (1998 *apud* MALDONADO-MALDONADO, 2005) afirma que as políticas são decididas de maneiras muito mais difusas do que a forma ordenada ou racional que se supõe: “As tensões entre pesquisadores e os formuladores e planejadores de políticas geram certas restrições nos processos em que as políticas são negociadas e implementadas” (MALDONADO-MALDONADO, 2005, p.110 [Tradução livre]). A complexidade e a indeterminação de papéis desempenhados pelos membros de uma comunidade epistêmica impedem qualquer generalização ou padronização de sua influência na definição de políticas. Na investigação que realizou sobre o papel de uma comunidade epistêmica na definição de políticas de educação superior no México, Maldonado-Maldonado (2005) relata a existência de membros da comunidade epistêmica que transitaram da academia ao espaço de tomada de decisões, os que de lá regressaram ao âmbito acadêmico, aqueles que sempre se consideraram “acadêmicos puros” e outros que preferiram assumir papéis eventuais como consultores ou assessores. Na revisão bibliográfica, a autora sinaliza que, entre os pesquisadores do campo, esses “novos atores” presentes no desenho e implementação de políticas têm sido eventualmente descritos como analistas políticos, intermediários, mediadores e mesmo como empreendedores.

O movimento de descrição do papel e mesmo de classificação dos membros de uma comunidade epistêmica busca preservar a ideia de identificar regularidades



e tipologias capazes de descrever a estrutura do real. Está assentada em uma perspectiva essencialista, que tem a pretensão de descrever a objetividade do mundo e a “verdade” das relações sociais. No entanto, essas tentativas de fixação identitária são sempre frustradas, porque não há possibilidade de saturação do social. Lopes e Macedo (2011) enfatizam o papel da linguagem como constituinte do social e a pluralidade dos jogos de linguagem como impossibilidade de fixação dos sentidos:

A ideia de estrutura é substituída pela ideia de discurso: não há estruturas fixas que fechem de forma definitiva a significação, mas apenas estruturações e reestruturações discursivas. Nessa perspectiva, discurso é uma totalidade relacional de significantes que limitam a significação de determinadas práticas e, quando articulados hegemonicamente, constituem uma formação discursiva (LOPES e MACEDO, p.252, 2011).

Compartilhando da abordagem em registro pós-estrutural de Lopes, Cunha e Costa (2013), entendo que o fluxo de significação de um texto (da política) é um movimento ininterrupto que “nem tem origem em uma arena específica, lócus de atores privilegiados, nem pode ser estagnado por determinações” (p.396). Assim, os textos das políticas são sedimentações provisórias, traduções que buscam estabilizar um determinado sentido em meio às disputas pela significação em um determinado campo:

Não há origem na política: um centro no governo, nos textos produzidos, nas orientações internacionais. Há atos de poder, em todos os contextos, tentando produzir um centro na significação e fechar a estrutura discursiva, mesmo que precária e contingencialmente (LOPES, 2016, p.9).

Ainda que nem sempre se possa falar em uma relação direta de decisão política, é certo que muitas vezes é a comunidade epistêmica que “dá conteúdo às reformas” (MALDONADO-MALDONADO, 2005). Tais comunidades fazem circular discursos que são base da produção de sentidos e significados para as políticas em múltiplos contextos, em uma constante tensão homogeneidade-heterogeneidade (LOPES, 2006).

## **PERSPECTIVAS DE INVESTIGAÇÃO**

Considerando que as políticas não podem mais ser vistas como simples resultado da decisão autocrática de setores governamentais ou da determinação direta de organismos internacionais – pois envolvem o protagonismo e a participação de outros sujeitos e demandas articuladas – entendo como produtiva para as

investigações nesta área a incorporação de perspectivas teóricas e metodológicas capazes de identificar e discutir o papel desses atores, suas agendas pessoais e políticas e a importância das redes nesses processos.

Essa virada, no entanto, requer que se faça um segundo deslocamento: em lugar da preocupação com a descrição dos atributos e identidade das comunidades epistêmicas ou mesmo com as evidências empíricas de sua influência sobre as políticas de formação de técnicos em saúde nos últimos anos, é conveniente investigar o papel e atuação das comunidades epistêmicas na manutenção ou desconstrução dos discursos que hegemonomizam as políticas de formação dos técnicos em saúde, observando como se desenvolvem as disputas e conflitos em cada área, as lutas para tentar frear a significação do que vem a ser o trabalho técnico em saúde, as lógicas de equivalência que sustentam e constituem as articulações (LACLAU, 2011) e as demandas que são articuladas em torno de determinadas propostas (LOPES, 2018). Romper o essencialismo que trata sedimentações provisórias como identidades fixas é um passo importante para entender como as comunidades epistêmicas são subjetivadas a partir de um exterior que as constitui, em uma relação antagônica a outras cadeias articulatórias e significações da política.

**AS OFICINAS**

2

# OFICINA 1 - A APS, A AGENDA 2030 E A FORMAÇÃO E TRABALHO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE

**CICLO DE OFICINAS**

A formação e o trabalho dos técnicos em saúde do mundo pós-Covid

**Oficina 1** A APS, a Agenda 2030 e a formação e trabalho dos técnicos em saúde

**DEBATEDORES**

**ABERTURA**  
Sílvia Cassiani (Opas/OMS)

Isabella Koster (PMA/PPCB/Fiocruz) Brasil

Lizardo Huaman (Ministerio da Saude) Peru

**MEDIADORA**  
Marcia Valeria Morosini (EPSJV/Fiocruz) Brasil

Carlos Batistella (EPSJV/Fiocruz) Brasil

Pier Paolo Baladelli (SAM-Opas/OMS)

**LINKS PARA TRANSMISSÃO**  
Português: <https://youtu.be/YUDR1JH4280>  
Espanhol: <https://youtu.be/qZgTJXQQPG0>

**Data:** 17 de maio de 2022  
**Horário:** 10h às 12h30 (hora de Brasília)

**RET S RETS-CPLP RIETS**

Ministério da Saúde  
FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz  
Aqui somos SUS

 17 de maio de 2022

 Vídeos do evento:

## MESA DE ABERTURA:



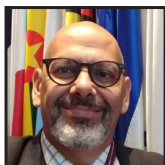
### CARLOS EDUARDO BATISTELLA

Coordenador de Cooperação Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).



### PIER PAOLO BALLADELLI

Diretor do Programa Sub-regional para a América do Sul (SAM-Opas/OMS) (2021 e 2022).



**SEBASTIÁN TOBAR**

Assessor do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS/ Fiocruz).



**SILVIA CASSIANI**

Assessora regional de Enfermagem e Técnicos da Saúde da Opas/ OMS.



**MÁRCIA MOROSINI (mediadora)**

Professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz.

**NARRATIVAS DAS EXPERIÊNCIAS LOCAIS:**



**ISABELLA KOSTER**

Professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz e diretora científica da Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (Abefaco), Brasil.



**LIZARDO HUAMÁN**

Assessor da Direção Nacional de Pessoal da Saúde do Ministério da Saúde, Peru.





## PERGUNTAS DINAMIZADORAS

O que os países têm discutido a respeito da saúde no mundo pós-pandemia? Como a formação e atuação dos técnicos em saúde pode auxiliar os países no alcance dos objetivos da Agenda 2030? Que papel vem sendo atribuído à formação de técnicos no enfrentamento dos desafios da APS (Atenção Primária à Saúde) no contexto pós-pandêmico? Em que medida a formação e o trabalho dos técnicos em saúde podem se converter em alternativas estratégicas de políticas públicas para os países, especialmente em regiões remotas e desatendidas? Que inovações podem ser introduzidas para a formação de técnicos mais qualificados para a atuação na APS? Quais os principais obstáculos para a valorização do trabalho técnico em saúde?

## CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Para atender à emergência sanitária ocasionada pela pandemia de Covid-19, muitos serviços de saúde foram descontinuados, instituições de saúde adaptadas e profissionais de saúde realocados. Infelizmente, os recursos humanos também sofreram com sobrecarga, exaustão, adoecimento e morte. Assim, em todos os níveis de complexidade, encontramos demandas represadas nos serviços, bem como barreiras para alcançar a saúde universal e a consecução dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) que compõem a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU). Se podemos chamar os tempos atuais de pós-pandêmicos, mesmo que ainda estejamos convivendo com a Covid-19, devemos compreender os muitos desafios a serem superados, especialmente no campo da saúde.

Em 1978, a [Declaração de Alma-Ata](#), fruto da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), já definia o primeiro nível de atenção como:

parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Nesse sentido, o primeiro nível de atenção, a partir de um trabalho multiprofissional, focado na continuidade, na integralidade e na coordenação do cuidado, fica responsável pela vinculação dos usuários com o sistema nacional de saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia fundamental na prevenção e vigilância em saúde, na vacinação e em ações educativas, no cuidado de usuários com doenças crônicas, na reabilitação e manutenção da saúde, além do encaminhamento adequado e vinculação com outros níveis da atenção e rede intersetorial, sempre respeitando as particularidades dos diferentes territórios, especialmente daqueles mais vulnerabilizados.

Por tudo isso, hoje, mais do que nunca, a APS tem sido considerada a melhor alternativa para a construção de sistemas de saúde mais fortes, mais resilientes e que possam permitir que mais países alcancem suas metas da Agenda 2030.

## MESA DE ABERTURA

Sebastián Tobar, do Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz), foi o responsável pela abertura do 2º Ciclo de Oficinas 'A formação e o trabalho de técnicos em saúde no mundo pós-Covid'. Na primeira parte do evento ocorreu o lançamento da publicação ["Os desafios da formação de técnicos em saúde no contexto da pandemia - Ciclo de oficinas: síntese e recomendações"](#). Após o lançamento, foi a vez da oficina "A APS, a Agenda 2030 e a formação e o trabalho dos técnicos em saúde" propriamente dita.

Durante o lançamento do *e-book*, Carlos Batistella, coordenador de

“

**A busca das melhores respostas para cada contexto passa, sem dúvida nenhuma, pela construção coletiva de conhecimentos, viabilizada pelo fortalecimento do trabalho em rede.**

*Carlos Batistella*

”



Cooperação Internacional da EPSJV/Fiocruz, centro colaborador da Opas/OMS, destacou como as trocas empreendidas pelo Ciclo de Oficinas fortaleceram as comunidades de saberes da RETS e, nos contextos locais dos seus participantes, também facilitaram a construção de soluções para a formação e o trabalho dos técnicos em saúde. “A busca das melhores respostas para cada contexto passa, sem dúvida nenhuma, pela construção coletiva de conhecimentos, viabilizada pelo fortalecimento do trabalho em rede”, enfatizou.

Ao falar da publicação, Pier Paolo Balladelli, então diretor da SAM-Opas/OMS, e Silvia Cassiani, assessora regional de Enfermagem e Técnicos da Saúde da Opas/OMS, ressaltaram o protagonismo dos técnicos em saúde no enfrentamento à pandemia e a necessidade de fortalecer a formação e o trabalho desses trabalhadores para o cumprimento de metas da saúde global.

Balladelli refletiu sobre os desafios que precisam ser vencidos para que o acesso universal à saúde se torne uma realidade. A melhoria da formação e das condições de trabalho, com regularização profissional, entre outras coisas, são fundamentais para a realização desse objetivo, considerando as especificidades dos sistemas nacionais de saúde, os diferentes territórios com seus determinantes sociais de saúde e a APS como estratégia para atender com qualidade as regiões que mais necessitam.

Silvia Cassiani reforçou a questão da qualidade da formação e das condições dignas de trabalho, ressaltando que isso inclui o cuidado das instituições com a saúde física e mental dos mais de 40 milhões de profissionais de saúde de todo o mundo, entre os quais cerca de 70% são mulheres. Para ela, a pandemia da Covid-19 nos mostrou que, entre as lições aprendidas, está uma mudança essencial de postura quanto ao trabalho na saúde. “Se antes era comum pensar que os profissionais deveriam lidar individualmente com as situações e serem resistentes, hoje defendemos que empregadores e organizações

“

**Hoje defendemos que empregadores e organizações assumam a responsabilidade de criar e manter condições de trabalho adequadas e um dimensionamento adequado dessa força de trabalho.**

*Silvia Cassiani*

”



devam assumir a responsabilidade de criar e manter condições de trabalho adequadas e um dimensionamento apropriado dessa força de trabalho”, comparou a assessora da Opas/OMS.

A seguir, Márcia Morosini, professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz e debatedora da oficina, reforçou a ideia de que a APS é essencial e estruturante para a reorganização dos sistemas. Mais do que isso, ela chamou atenção para o fato de os técnicos em saúde serem, em muitos países, a força de trabalho central nesse nível de atenção. Ela também destacou que, em suas experiências formativas e em seus estudos sobre políticas públicas de saúde, os determinantes sociais de saúde são ferramentas fundamentais para a efetividade da APS, especialmente em locais periféricos, dentro e fora dos grandes centros urbanos. A partir daí, ela convidou Lizardo Huamán e Isabella Koster para apresentarem suas reflexões sobre a atenção básica, desde as experiências do Peru e do Brasil.

## **NARRATIVAS DAS EXPERIÊNCIAS LOCAIS**

### ***A APS COMO CONDIÇÃO PARA ALCANÇAR OS ODS***

Lizardo Huamán, do Minsa-Peru, iniciou sua exposição refletindo sobre a alta mortalidade por Covid-19 em seu país. Para ele, a pandemia trouxe à tona várias questões pouco priorizadas no sistema de saúde peruano: acentuou os problemas ambulatoriais, nas emergências, nas cirurgias eletivas, no campo da prevenção, entre outros setores da saúde impactados negativamente. Tal acúmulo de demandas ocasionou outras crises no sistema da saúde, sendo que, obviamente, os subsistemas de regiões em maior situação de vulnerabilidade e maiores dificuldades de acesso foram os que mais sofreram.

No contexto pandêmico, foi possível observar tanto a desvalorização do trabalho dos técnicos, quanto sua situação de maior vulnerabilidade, se comparados a outros profissionais de saúde. Segundo o Centro Nacional de Epidemiologia, Prevenção e Controle de Enfermidades do Ministério da Saúde, Peru, foram os técnicos e auxiliares de saúde quem mais adoeceram e morreram em decorrência da Covid-19, seguidos do pessoal administrativo, enfermeiros e médicos, que ficaram em quarto lugar entre os atingidos pelo vírus.

A partir desses dados, é possível refletir sobre as desigualdades sociais, presentes entre os recursos humanos da saúde, uma vez que os técnicos são comumente

de classes sociais mais empobrecidas e sofrem com problemas estruturais que atravessam, não só sua formação, mas também suas condições de saúde, de moradia e outras. Muitas vezes, essa força de trabalho não possui órgãos de classe que os defendam ou políticas públicas que, de fato, os valorizem e protejam.

Ao falar da importância desses trabalhadores, o assessor apresentou dados relativos ao sistema de saúde peruano, no qual os técnicos auxiliares representam 35% de todo o pessoal da área de saúde. Na APS, eles são 37% dos profissionais, enquanto, entre os demais trabalhadores, 16% são enfermeiros, 11% são médicos e 10% obstetras, por exemplo. Segundo ele, “O pessoal técnico se encarrega de atender a uma grande porcentagem da população do nosso território, a realizar ações que estão vinculadas aos determinantes sociais da saúde”. No campo da saúde pública, técnicos e auxiliares representam 77% da força de trabalho, sendo que, entre estes, 62% são técnicos de enfermagem. Apesar disso, a formação dessa força de trabalho ainda se centra no atendimento individual e não na saúde pública, o que pode trazer prejuízos para todo o setor.

Para Lizardo, para alcançar os objetivos da Agenda 2030, tem sido fundamental considerar a reestruturação do próprio sistema de saúde peruano, ainda centrado no atendimento individual e hospitalar, e não na APS, que poderia comandar e articular todos os outros serviços. De acordo com ele, uma importante iniciativa nesse sentido foi a criação de um marco legal direcionado à implementação das Redes Integrais de Saúde, baseadas no atendimento primário. O chamado **Modelo de Atenção Integral** busca superar um sistema de saúde até então fragmentado e segmentado.

“

**O pessoal técnico se encarrega de atender a uma grande porcentagem da população do nosso território, a realizar ações que estão vinculadas aos determinantes sociais da saúde.**

*Lizardo Huamán*

”



## **MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL AO CURSO DE VIDA DA PESSOA, FAMÍLIA E COMUNIDADE**

A fim de alcançar consecução dos ODS, foi proposta esta resolução ministerial que visa melhorar as condições de saúde da população peruana, tendo a equidade e os determinantes sociais de saúde como premissas. A Resolução [Ministerial N° 030/2020](#) objetiva estabelecer as diretrizes e mecanismos para a provisão, organização, gestão e financiamento do Modelo de Cuidado Integral e representa um avanço para o fortalecimento da APS no país.

Fonte: Peru, Ministério da Saúde, 2020.

Outro desafio a ser superado diz respeito à distribuição dos recursos humanos em locais empobrecidos, bem como à qualidade das condições de trabalho. Atualmente, no Peru, os técnicos em saúde são de nível superior não universitário. Eles são os trabalhadores que estão melhor distribuídos por níveis de atenção, por subsistemas de saúde e, ao longo do território, uma vez que geralmente são aqueles que estão presentes em áreas remotas e negligenciadas. A distribuição histórica desses profissionais confere a eles um conhecimento específico, visto a experiência que acumularam ao desenvolverem ações de saúde pública em termos comunitários.

A formação dos técnicos em saúde também é mais abundante e acessível ao longo do território, ainda assim, faz-se necessária maior articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, para melhorar sua qualidade. Isso significa que é preciso formar técnicos em saúde pública capazes de se dedicarem à prevenção e ao trabalho comunitário, tendo como princípio os determinantes sociais da saúde. “O investimento pedagógico precisa privilegiar uma formação baseada na metodologia da problematização e que possa gerar agentes de mudança”, afirmou Lizardo, reiterando que os processos formativos não devem produzir condicionamento, ou seja, não devem resultar apenas na formação de especialistas repetidores.

Nesse sentido, ele falou sobre a implementação do **Programa Nacional de Formação em Saúde da Família e Comunidade (Profam)**, cujo objetivo é formar agentes de transformação social. A sensibilização dos trabalhadores é realizada por meio de um curso aberto e virtual, ofertado a equipes multidisciplinares que atuam no primeiro nível da atenção.

“

**O investimento pedagógico precisa privilegiar uma formação baseada na metodologia da problematização e que possa gerar agentes de mudança.**

*Lizardo Huamán*

”



## PROGRAMA NACIONAL DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE



Oferecido na modalidade semipresencial, o [Profam](#) tem enfoque territorial e um modelo pedagógico problematizador. O programa de formação se divide em três fases. A primeira desenvolve capacidades ou competências essenciais, capazes de contribuir com a implementação da APS. A ideia inicial é que os técnicos sejam incorporados nesse momento. A segunda fase trabalha competências transversais, com abordagem multiprofissional, abrangendo temas como a construção de políticas públicas ou a bioética, por exemplo. Já a fase final, aborda competências específicas, possibilitando aprofundar em cada uma das profissões vinculadas a uma equipe da APS.

Fonte: Peru, Ministério da Saúde, 2016.

A fim de fortalecer a APS, reconhecendo os técnicos em saúde como profissionais imprescindíveis para a efetividade desse nível de atenção, além de investir na formação, o país também investe na integração do pessoal técnico às equipes de saúde e na geração de competências profissionais interdisciplinares. Essa medida promove a busca por um melhor desempenho do trabalho em equipe e a melhoria das capacidades institucionais, o que pode impactar positivamente na satisfação de quem usa o serviços, nas condições de trabalho e na valorização dos técnicos em saúde.

Acesse a [apresentação](#) de Lizardo Huamán na oficina.

## A PROMOÇÃO DA SAÚDE DESDE O TERRITÓRIO

Isabella Koster, da EPSJV/Fiocruz, abriu sua exposição afirmando que no Brasil, no contexto da APS, a **Estratégia de Saúde da Família (ESF)** é o modelo de atenção prioritário. Durante o enfrentamento à Covid-19 e no mundo pós-pandêmico, além de cuidados individuais, ela ofereceu uma abordagem comunitária centrada nas necessidades específicas dos diferentes territórios brasileiros. Tendo como ponto de partida o Sistema Único de Saúde (SUS), a própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2017) discorre sobre a estruturação da ESF por meio de investimentos financeiros e de recursos humanos.



### ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A ESF busca a expansão, qualificação e reorganização da APS. Desenvolvida por equipes multiprofissionais em contato direto com os territórios, vincula os usuários, favorece a reorientação do processo de trabalho, amplia a resolutividade e impacta na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, (s.d.).



Segundo a pesquisadora, nos últimos cinco anos, a partir dos governos dos presidentes Michel Temer e Jair Bolsonaro, ocorreram políticas de desfinanciamento do SUS. Apesar da pandemia, e muitas vezes utilizando-a como desculpa, dada a necessidade de investimento nos níveis mais complexos da atenção, como hospitais com centros de terapia intensiva para atenção à Covid-19, ocorreram reiteradas tentativas de desconstrução da APS, especialmente a partir da Emenda Constitucional 95, de 2016, que limitou o crescimento das despesas do Estado por um período de 20 anos e significou mais uma barreira para o financiamento da saúde pública. Outras iniciativas governamentais, como a mudança da PNAB em 2017 e a implantação da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS), centrada na medicina e com maior protagonismo do setor privado, fomentaram uma lógica mercantil aplicada à saúde. Somado a isso, a implementação do programa Previne Brasil propôs abordagens mais individuais e menos familiares e comunitárias, nas quais os processos de trabalho das equipes de Saúde da Família acabaram por negligenciar a subjetividade do cuidado, até então estabelecida nos diferentes territórios brasileiros. Ainda entre os retrocessos que fragilizaram a saúde pública no Brasil, está a nova carteira de serviços da Atenção Primária, que promoveu um modelo clínico mais individualizado e fragilizou a construção de relações entre as equipes e as pessoas da comunidade ao desconsiderar a participação popular, o diálogo e o planejamento de base populacional.

Para Isabella, nesse contexto, as próprias equipes passaram a enfrentar um processo de precarização do trabalho, por conta da flexibilização de sua composição. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por exemplo, sofreram com a descaracterização e foram autorizados a realizar alguns procedimentos clínicos, conflitando seu papel de articulador entre território e Unidade Básica de Saúde (UBS) com o trabalho do pessoal da enfermagem. Outra ação, que também se somou a tentativa de desmonte da APS e ao negligenciamento do enfoque da territorialização, foi a permissão para a criação de equipes sem a categoria laboral dos ACS.

A expositora defendeu que os técnicos em saúde são essenciais para o trabalho territorial na APS. Nas quase 45 mil equipes da ESF, atuam os técnicos e auxiliares de enfermagem, ACS, técnicos e os auxiliares de saúde bucal. Essas equipes reúnem cerca de 400 mil trabalhadores entre técnicos em saúde e profissionais de nível superior. No Brasil, os técnicos em saúde são considerados trabalhadores com escolaridade de nível fundamental (primário) e nível médio (segundo grau ou secundário) de escolaridade, compreendendo aí desde agentes e auxiliares com

qualificação inicial na área da saúde até profissionais com ensino médio completo e habilitação formal em uma carreira técnica de saúde (técnicos em radiologia, em análises clínicas, em saúde bucal etc).

Apesar da qualidade técnico científica dessas categorias, da regulamentação do piso salarial e da carga horária semanal, bem como da autorregulação delas, por meio de conselhos ou associações, muitas vezes são trabalhadores e trabalhadoras invisíveis. Tudo isso, amplia a situação de vulnerabilidade que vivem, traduzida em sofrimento laboral e adoecimento, por exemplo.

Isabella afirmou que “a formação de trabalhadores deve ser um processo de construção de conhecimentos científicos, tecnológicos e de formação humana, que busque superar um modelo de educação profissional tecnicista e embasado no ensino em serviço”. Afinal, ainda é majoritariamente realizada na modalidade subsequente, na rede privada de ensino, centrada em uma perspectiva mercadológica, e com os centros formadores concentrados na Região Sudeste, a mais populosa e rica do país. Tudo isso resulta em grandes lacunas do ponto de vista de uma formação mais crítica, centrada na saúde pública e capaz de formar quadros para as regiões periféricas urbanas ou do campo.

Ela refletiu sobre o momento em que vivemos, ao afirmar que após dois anos de enfrentamento à Covid-19, ainda existem enormes demandas por investimento em pesquisas para compreender os efeitos da doença a médio e longo prazo e, também, por uma linha de cuidado voltada para esse fim. De acordo com a professora, é preciso trabalhar junto com as demais linhas existentes, especialmente aquelas engajadas na atenção às doenças crônicas. O período atual demanda também investimentos no campo da economia, do enfrentamento às múltiplas formas de violência e preconceitos, assim como da saúde mental, tanto de quem trabalha

“

**A formação de trabalhadores deve ser um processo de construção de conhecimentos científicos, tecnológicos e de formação humana, que busque superar um modelo de educação profissional tecnicista e embasado no ensino em serviço.**

*Isabella Koster*

”



quanto de quem usa os sistemas de saúde. Tais ações evidenciam a importância da rede intersetorial, à medida em que compreendemos a APS como um nível de atenção capaz de articular diversos aparelhos do Estado, dado sua perspectiva da saúde a partir dos determinantes sociais.

Também foi notória a contribuição dos técnicos em saúde, no contexto da APS, na mobilização pelo aumento da adesão ao calendário vacinal, na vigilância em saúde e no monitoramento do cuidado. As equipes da APS, ao realizarem as visitas domiciliares, atuaram no monitoramento das famílias, via mensagens de WhatsApp e acompanharam casos suspeitos, novos, de longa duração ou síndromes pós-Covid. Essas e outras iniciativas de aproximação com o território exemplificam uma infinidade de práticas de cuidado desenvolvidas pelas equipes da saúde da família na pandemia e que podem permanecer no cotidiano dos serviços.

No tempo presente, a atuação dos técnicos em saúde é estratégica, desde a elaboração e implantação de novos fluxos e rotinas nas UBS, ou mesmo no próprio território, onde atuam no gerenciamento de conflitos, pelo acesso à vacina, a testes e ao cuidado propriamente dito. A experiência brasileira na ESF evidencia, ainda, a importância dos técnicos na educação em saúde com vistas ao combate às notícias falsas, por meio de ações junto às comunidades, da circulação de materiais educativos ou de sua inserção em rádios comunitárias, por exemplo.

Agora que há mais possibilidades de circulação no território, os ACS, em sua maioria mulheres, têm investido ainda mais na articulação entre movimentos sociais e comunitários, bem como ampliado a identificação das pessoas com maior risco social e facilitado a distribuição de alimentos, materiais de higiene e medicação. Auxiliares e técnicos em enfermagem têm contribuído na vacinação, na testagem da Covid-19, na garantia das normas de biossegurança, no planejamento de visitas e cuidados domiciliares, o que destaca a importância desses profissionais para a permanência de linhas de cuidado emergentes na pandemia e a retomada de outras linhas de cuidado existentes antes dela. Técnicos em saúde bucal também têm retomado um trabalho educativo e preventivo em escolas da educação básica.

As diversas atividades realizadas pelos técnicos em saúde demonstram seu papel estratégico na APS, à medida que fazem o elo entre os serviços de saúde, o território e a rede intersetorial ao realizarem o cuidado integral em conjunto com a equipe multidisciplinar. A APS no Brasil possui um conjunto de ações que, por



meio da ESF, possibilita acompanhar as pessoas do território, construir vínculos e linhas de cuidado direcionadas e mais assertivas.

Acesse a [apresentação](#) de Isabella Koster na oficina.

## SÍNTESE DO DEBATE

A partir dos contextos locais do Peru e do Brasil, apresentados por Lizardo Huamán e Isabella Koster, e da perspectiva da saúde global, abordada, especialmente, por Pier Paolo Balladelli, conclui-se que a APS, dado sua ampla gama de serviços ofertados, sua abordagem integral e seu caráter contínuo, é capaz de criar vínculos entre os sistemas nacionais de saúde, o território e a rede intersetorial. Nesse sentido, a APS torna-se essencial para a universalização do direito à saúde, de modo equânime e, por isso, uma ferramenta chave para a consecução dos ODS da Agenda 2030 da ONU.

No entanto, muitas vezes, é uma linha de cuidado que sofre com subfinanciamento e retrocessos nas políticas voltadas à sua organização. Desse modo, pautar a atenção básica e a saúde pública nas agendas da saúde global e dos países para que haja priorização política no fortalecimento e investimento nesse nível de atenção é uma forma de afirmar a saúde como um direito de todas as populações. Além disso, a APS é primordial para melhorar a resolutividade e evitar a sobrecarga dos outros níveis de atenção e pode tornar a universalização do acesso à saúde uma realidade.

Nos dois países, os técnicos em saúde representam mais de um terço de todos os recursos humanos da atenção básica e, em locais periféricos podem até ser a força de trabalho principal. Entre o pessoal técnico, a categoria mais comum é a dos técnicos e auxiliares de enfermagem, mas outras categorias, como técnicos de saúde bucal, de laboratórios, e de radiologia também são fundamentais para o bom funcionamento dos serviços. Além desses, os agentes comunitários de saúde e agentes indígenas são importantes na aproximação entre os serviços e o território e atuam como motivadores de uma cultura para a saúde.

Notou-se que uma mesma categoria pode exercer diferentes funções e contar com demandas específicas de formação, a depender do território onde atua, se em ambiente urbano ou do campo, por exemplo, ou do tipo de população que atende, como é o caso dos técnicos em cuidados de idosos ou das parteiras. De tal

modo, evidencia-se a necessidade de revisão dos currículos e das metodologias para que sejam capazes de respeitar as diferenças regionais e de incluir os temas da saúde pública, dos determinantes sociais em saúde e da saúde mental na formação dos técnicos. Para tanto, é necessário evitar perspectivas tecnicistas na formação, comuns em redes privadas de ensino, bem como práticas de saúde que ignoram a dimensão comunitária, tão cara à APS. As reformulações nos currículos dos técnicos em saúde devem ser realizadas em colaboração dos Ministérios da Saúde e da Educação e validadas junto a gestores, equipes e usuários, tendo como escopo a prevenção, o atendimento comunitário e as questões interculturais.

No debate, foi possível perceber que a definição de quem são os técnicos de saúde, nos diferentes países, ainda é um desafio. Esses recursos humanos são peças chave para alcançarmos o acesso universal à saúde. Dessa forma, respeitando as distintas realidades dos países, mostrou-se a necessidade realizar investigações acerca das categorias, das funções e da formação dos técnicos, bem como sobre como o trabalho interdisciplinar pode ser aperfeiçoado. Tudo isso, demandará um esforço de pesquisa e articulação no campo da saúde global e, de modo interdisciplinar, análises do impacto social, financeiro e educacional para inclusão de novas categorias de trabalhadores nos sistemas nacionais de saúde.

É preciso investir na produção de conhecimentos e informações sobre os recursos humanos da saúde que sejam capazes de valorizar a diversidade de profissionais necessários ao bom funcionamento dos serviços, sobretudo aqueles historicamente invisibilizados como técnicos em saúde, maqueiros ou pessoal da limpeza. Assim, também é urgente o desenvolvimento de políticas públicas que contemplem essas categorias. Essa discussão que ganhou corpo na pandemia precisa ser reforçada, por meio de investimentos em pesquisas e disseminada em atividades de divulgação científica, de educação em saúde e de valorização dos profissionais, como as atividades desenvolvidas por redes que trabalham com esses temas.

As condições de trabalho dos técnicos muitas vezes refletem as desigualdades históricas e estruturais relacionadas a eles, mas também as nossas sociedades como um todo, demonstrando a importância de construir ações e formações na saúde tendo os determinantes sociais como fundamento. “Lidamos com as desigualdades históricas, que infelizmente nos unem, assim como nos une o desejo pela sua transformação”, afirmou Márcia Morosini. E se essas condições afetam aos técnicos em geral, elas se tornam ainda mais significativas para as

mulheres, franca maioria na categoria, que sofrem com a precarização do trabalho e com a dupla jornada, enfrentando, muitas vezes, situações de vulnerabilidade.

Conforme destacou Isabella, os técnicos são “os que estão mais próximos do corpo humano, estão mais próximos na lida, no cuidado, na beira do leito, no território”. Eles vivem um processo de invisibilização, capaz de acarretar sobrecarga, desvio de função, problemas de saúde mental e, até, como vimos durante a pandemia, uma maior exposição a riscos que ocasionam mais adoecimentos e mortes.

A visibilidade dada ao trabalho dos profissionais da saúde durante a pandemia, precisa alcançar a todos os trabalhadores do setor e se traduzir em políticas públicas, com foco em uma educação permanente e de qualidade e em um modelo de governança capaz de produzir melhorias no cotidiano dos serviços, seguridade social e ambientes de trabalho e salários adequados.

Investir na melhoria das condições de saúde, especialmente no que diz respeito à gestão de trabalho de técnicos, para que exerçam suas atividades laborais com biossegurança e, também, em ambientes livres de assédio moral é urgente. Atividades que discutam e trabalhem a saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde são necessárias. Estruturas hierárquicas muito rígidas, médico-centradas e onde a gestão é individualizada podem favorecer esses tipos de problemas. Portanto, é recomendado desenvolver e fortalecer políticas públicas que favoreçam a gestão compartilhada em saúde, auxiliem na construção de relações laborais colaborativas e na melhoria das condições de trabalho entre os profissionais de diferentes níveis de formação e atuação.

Durante a oficina, observou-se a necessidade de desenvolver uma metodologia de diálogo entre diferentes saberes. A proposta é que diversos grupos, especialmente aqueles que estão em maior situação de vulnerabilidade, como populações indígenas ou de imigrantes, discutam e acessem cuidados em saúde

“

**Lidamos com as desigualdades históricas, que infelizmente nos unem, assim como nos une o desejo pela sua transformação.**

*Marcia Morosini*

”

adequados às suas práticas culturais. Apenas com atenção às formas específicas de coparticipação dessas populações poderemos alcançar o acesso universal à saúde.

A coparticipação diz respeito, ainda, à governança, de modo a incluir entidades e pessoas que trabalham na formação e na saúde e, também, aqueles que vivem nas comunidades. Essa coletividade é capaz de contribuir com o monitoramento, a avaliação e a revisão de serviços, a fim de atender as demandas específicas das populações, mas também de reconhecer e incorporar as estratégias e recursos já desenvolvidos pelas comunidades para enfrentar seus problemas cotidianos. As ACS ou os agentes de saúde indígena são exemplos da riqueza da contribuição institucionalizada das comunidades, mas novos protagonistas e estratégias também precisam ser desenvolvidas.

A partir da discussão sobre a APS, a agenda 2030 e a formação e trabalho dos técnicos em saúde emergiram as particularidades dos sistemas nacionais de saúde presentes. No debate, essas diferenças mostraram a potência do trabalho em rede que nos permitiu aprender com a heterogeneidade e compreender que estamos conectados na busca por aprendizados e soluções capazes de construir um mundo mais saudável e justo.

# OFICINA 2 - INTERCULTURALIDADE E A FORMAÇÃO DE TÉCNICOS EM SAÚDE

**CICLO DE OFICINAS**

A formação e o trabalho dos técnicos em saúde no mundo pós-Covid

**Oficina 2 Interculturalidade e a formação de técnicos em Saúde**

**DEBATEDORES**

**ABERTURA**

Hernán Sepúlveda (OPAS/OMS)

Ana Lúcia Pontes (Ensp/Fiocruz) Brasil

Sebastián Tobar (Cris/Fiocruz) Brasil

Herminia Llave Nina (ENS/MSD) Bolívia

Janete Mabuies (ISCISA) Moçambique

**MEDIADOR**

Carlos Batistella (EPSJV/Fiocruz) Brasil

Links para transmissão:  
Português: <https://youtu.be/8BqEBxkduYo>  
Espanhol: <https://youtu.be/ta-UIPMTUHg>

**Data:** 12 de julho de 2022  
**Horário:** 10h a 12h (hora de Brasília)

**Logos:** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde, RETS, RETS-CPLP, RIETS, Ministério da Saúde, Fiocruz Fundação Oswaldo Cruz, Aqui somos SUS

 5 de julho de 2022

 Vídeos do evento: Português Espanhol

## MESA DE ABERTURA:



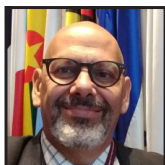
### CARLOS EDUARDO BATISTELLA

Coordenador de Cooperação Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).



### HERNÁN SEPÚLVEDA

Assessor de Recursos Humanos para a Saúde do Programa Sub-regional da para a América do Sul (SAM-Opas/OMS).



**SEBASTIÁN TOBAR**

Assessor do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS/ Fiocruz).

**NARRATIVAS DAS EXPERIÊNCIAS LOCAIS:**



**ANA LÚCIA PONTES**

Professora-pesquisadora na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), Brasil.



**HERMÍNIA LLAVE NINA**

Chefe da carreira de enfermagem da Escola Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde e Esportes (ENS/MSyD), Bolívia.

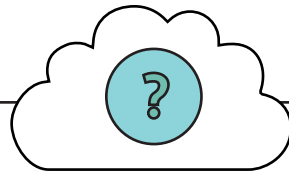


**JANETE ISMAEL MABUIE GOVE**

Professora-pesquisadora no Instituto Superior de Ciências de Saúde (Iscisa), Moçambique.







## PERGUNTAS DINAMIZADORAS

Em que medida a dimensão da interculturalidade tem sido considerada nas políticas de saúde de seu país? Como evitar que a identidade étnica e cultural dos usuários represente uma barreira de acesso à atenção à saúde? Como conciliar as tensões culturais entre as práticas da medicina “moderna” ocidental e as medicinas tradicionais? Como os processos de formação e participação comunitária auxiliam a superar a perspectiva da “tolerância” com o culturalmente diverso e a construir uma relação de interculturalidade efetiva, onde as relações de alteridade possam se fortalecer, enriquecer e se transformar mutuamente? Que competências são necessárias, então, ao pessoal da saúde, para que haja um diálogo intercultural e para que haja qualidade na promoção da saúde? Como garantir a participação comunitária no planejamento e resolução dos problemas? Como evitar o risco da interculturalidade se tornar um discurso de assimilação de grupos sociais, em que as práticas tradicionais são revalorizadas, mas a análise e a intervenção sobre os determinantes históricos de suas condições de vida, são deixadas de lado?

## CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

A pandemia de Covid-19 atingiu de modo desigual as diferentes populações. Se em algumas localidades foi ainda mais desafiadora e letal, em outras os aspectos culturais auxiliaram a desenvolver ações de proteção. Fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) na resposta às demandas e necessidades dessas pessoas implica discutir a questão da interculturalidade na formação de trabalhadores da saúde. Essa é uma condição essencial para a promoção da universalidade do acesso, a garantia da equidade e a integralidade do cuidado.

Um dos grandes desafios impostos aos sistemas nacionais de saúde é o reconhecimento das particularidades e necessidades de grupos populacionais específicos, geralmente vulnerabilizados social e economicamente em função de sua origem étnico-racial e cultural. Os processos de colonização e o racismo estrutural, assim como as diferenças religiosas, os movimentos migratórios e a xenofobia, aumentam a situação de vulnerabilidade dessas pessoas. Mesmo considerando que esses processos ocorrem de forma diferenciada, em razão

das contingências históricas e geopolíticas de cada país, percebe-se que há um conjunto de práticas institucionais, histórico culturais e interpessoais promotoras de segregação e marginalização de determinados grupos. Há, ainda, a negação ao direito à autodeterminação e a desvalorização das culturas, além de restrição de acesso a oportunidades.

Ações de reparação têm sido adotadas por diversos países, com o intuito de reduzir essas disparidades e assegurar os direitos de cidadania a todos. No campo da saúde, por meio de programas e políticas de atenção, diversas iniciativas interculturais buscam o reconhecimento e a integração de epistemologias, tecnologias e práticas curativas tradicionais. A consideração dessas diferenças pelos sistemas de informação em saúde é um passo fundamental para a definição de intervenções e de indicadores adequados para seu acompanhamento. Segundo a [Política sobre Etnia e Saúde](#), aprovada por unanimidade em 2017 pelos Estados membros da Opas/OMS, o enfrentamento das iniquidades vai além da garantia de acesso aos programas e ações de saúde: implica a plena participação de povos indígenas, negros, ciganos e outros nos processos de formulação, implementação, acompanhamento e avaliação de políticas sociais. A compreensão da cosmovisão, ou seja, da concepção de mundo própria de cada uma dessas populações é essencial para o entendimento da produção social da saúde/doença/cuidado em cada contexto. A articulação entre práticas institucionalizadas e tradicionais nos serviços de saúde pode contribuir para a integralidade e resolutividade do sistema.

Por outro lado, um discurso que se restringe à tolerância e legitima as barreiras linguísticas, o racismo e o desprezo de alguns profissionais pelas crenças e expectativas de seus pacientes e profissionais de saúde tradicionais representam obstáculos ao estabelecimento de ações de saúde resolutivas. A saúde verdadeiramente intercultural exige a qualificação de sua força de trabalho – institucional e comunitária – que possibilite o diálogo de saberes, capaz de promover cuidados de saúde adequados, oportunos, culturalmente relevantes e não discriminatórios. Nesse sentido, o tema da interculturalidade deve incidir no desenho dos currículos de carreiras técnicas e profissionais na área da saúde. Afinal, o trabalho intercultural na saúde exige profundo conhecimento das tradições de um povo e das necessidades das populações e dos grupos culturalmente diversos, respeitando sua participação no processo de ensino-aprendizagem.



## MESA DE ABERTURA

A segunda oficina trouxe para o debate os desafios e as possibilidades da interculturalidade na saúde por meio da formação e do trabalho dos técnicos do setor. Também mostrou a importância que as redes podem assumir quando potencializam a diversidade e democratizam os espaços de discussão. Para completar, reforçou a centralidade da APS, na criação de vínculos entre os territórios e os demais níveis do sistema de saúde, bem como a necessidade de construir políticas e práticas atentas aos determinantes sociais de saúde. Nessa atmosfera, Sebastián Tobar iniciou o evento com os agradecimentos às pessoas e instituições participantes, seguido das boas-vindas. Na sequência, convidou Hernán Sepúlveda, do SAM-Opas/OMS, e Carlos Batistella, da EPSJV/Fiocruz, a fazerem suas falas de contextualização do tema.

Hernán Sepúlveda, por sua vez, lembrou da **Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas**, que, em seu artigo 24, estabelece o direito à saúde dessas populações, respeitando suas próprias medicinas e a conservação de seus elementos naturais de interesse vital, tais como plantas e minerais. Ao mesmo tempo, o documento também demanda que os Estados garantam o acesso à saúde pública.



### DECLARAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE OS DIREITOS DOS POVOS INDÍGENAS



Aprovada em 2007, a [Declaração](#) reconhece o direito à diferença de todos os povos e como cada um deles contribui para a riqueza das civilizações e culturas. Busca contribuir na reparação às injustiças históricas sofridas pelos povos indígenas, devido aos processos de colonização, e afirma que a autonomia, os conhecimentos e as práticas tradicionais desses povos contribuem com o desenvolvimento sustentável e equitativo.

Fonte: ONU, 2008.

O desafio colocado frente ao direito à saúde dessas populações se inscreve no equilíbrio entre a cobertura oferecida pelos sistemas nacionais de saúde e o respeito às diversas tradições desses povos. Fatores como dispersão geográfica, falta de estrutura sanitária e de acesso aos serviços de saúde em seus territórios de origem são complicadores para alcançarmos a saúde universal. Portanto, discutir a interculturalidade reforça a necessidade de fortalecer a APS como principal estratégia de cuidado. No entanto, a maioria dos países continuam priorizando seus esforços nos níveis secundário e terciário da atenção. Hernán, a partir do exemplo do enfrentamento à pandemia de Covid-19 nos países da América do Sul, relatou que a maioria dos governos investiu na alta complexidade e poucos se engajaram no fortalecimento da detecção precoce a partir da atenção primária, o que, muitas vezes, significou a manifestação de doenças graves e a sobrecarga dos hospitais.

Diante disso, o investimento em recursos humanos com incentivos para o trabalho em zonas mais distantes e carentes e uma formação atenta aos determinantes sociais em saúde são essenciais. Nesse cenário, a APS e sua capacidade resolutiva ganham centralidade, uma vez que a partir dela os profissionais da saúde atuam cotidianamente no território e podem construir vínculos e relações de confiança com as populações originárias, o que torna o trabalho em saúde mais efetivo.

Os currículos dos diferentes níveis de formação profissional precisam estar focados também na interculturalidade. Para atender a grupos e comunidades historicamente negligenciadas, a **Estratégia de Recursos Humanos** da OpaS/OMS destaca a demanda por descentralizar a oferta à formação profissional na área da saúde e admitir uma perspectiva intercultural de pertinência social. "A proposta de descentralização da formação significa levar os centros formadores e de atenção à saúde às comunidades para que haja, de fato, uma interlocução entre

“

**A proposta de descentralização da formação significa levar os centros formadores e de atenção à saúde às comunidades para que haja, de fato, uma interlocução entre saúde, educação e povos tradicionais.**

*Hernán Sepúlveda*

”

saúde, educação e povos tradicionais”, disse o assessor do SAM-Opas/OMS. Ele finalizou ressaltando que as competências interculturais foram fundamentais no enfrentamento à Covid-19 e que elas continuarão a ser indispensáveis, entre muitas outras coisas, em permanentes e futuros esforços de prevenção e imunização de populações tradicionais.



### **ESTRATÉGIA DE RECURSOS HUMANOS PARA O ACESSO UNIVERSAL À SAÚDE E A COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE**

A [estratégia](#) representa um compromisso firmado entre países das Américas que busca orientar as políticas nacionais de recursos humanos para a saúde. Aspectos como a disponibilidade, a acessibilidade, a pertinência, a relevância e a competência desses recursos são considerados a fim de contribuir com a consecução dos objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde.

Fonte: Opas, 2017.

Em sua intervenção, Carlos Batistella ressaltou a existência de uma multiplicidade de experiências de interculturalidade na área da saúde, as quais são capazes de nos inspirar a construir práticas que contemplam as especificidades e a diversidade dos povos originários. Entre elas, destacou experiências da Bolívia, de Moçambique e do Brasil, a serem apresentadas na oficina por Hermínia Llave Nina, Janete Mabuie e Ana Lúcia Pontes.

## **NARRATIVAS DAS EXPERIÊNCIAS LOCAIS**

### ***A INTERCULTURALIDADE COMO CONSTITUINTE DO ESTADO PLURINACIONAL DA BOLÍVIA***

Graduada em Educação e Enfermagem e mestre em Saúde Pública, Hermínia Llave Nina exerce o cargo de chefe da carreira da enfermagem na Escola Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e Esportes, Bolívia. Com larga experiência no trabalho de apoio aos povos indígenas, no departamento de Potosí, Hermínia

iniciou sua exposição destacando como a interculturalidade é parte da constituição política do Estado Plurinacional da Bolívia.

Sua fundamentação legal está registrada no Artigo 3º da [Constituição Política, de Estado](#) (2009), que afirma que “a nação boliviana está conformada pela totalidade das bolivianas e dos bolivianos, as nações e povos indígenas originários campesinos, e as comunidades interculturais e afro bolivianas que, em conjunto constituem o povo boliviano” e no Artigo 30º, que estabelece a necessidade de valorização e promoção dos conhecimentos, medicinas, idiomas, símbolos e vestimentas tradicionais. Segundo ela, 62% da população é considerada pertencente aos povos originários.

O reconhecimento intercultural se reflete, também, no Sistema de Saúde, que inclui a medicina tradicional das nações e povos indígenas, originários e do campo, e pode ser utilizada de forma independente ou em conjunto com a medicina biomédica. Nesse sentido, a garantia de cidadania plena a todos os grupos populacionais específicos, reconhecendo as vulnerabilidades decorrentes das origens sociais, raciais e étnicas de cada um e ao processo colonial, foi fundamental na conformação de um **Modelo de Atenção e do Modelo de Gestão em Saúde no Marco da Saúde Familiar Comunitária Intercultural (SAFCI)**, estabelecidos a partir do Decreto Supremo 29.601, de 2008.



### **MODELO DE ATENÇÃO E O MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE NO MARCO DA SAÚDE FAMILIAR COMUNITÁRIA INTERCULTURAL (SAFCI)**

A [política de saúde](#) articula profissionais da saúde e médicos tradicionais com a pessoa, a família, a comunidade e a *Madre Tierra*. Busca contribuir com a eliminação da exclusão social em saúde e com a melhora das condições de vida da população. Sua organização se funda na gestão participativa, no controle social e na Atenção Integral Intercultural da Saúde.

Fonte: Bolívia, 2013.

O sistema único de saúde boliviano se estabelece a partir da articulação entre a medicina biomédica e a medicina tradicional. Assim, médicos, enfermeiros, médicos tradicionais e parteiras tradicionais trabalham de forma coordenada, a partir de visitas domiciliares nas diferentes comunidades.

A formação dos trabalhadores técnicos da saúde prepara os estudantes para atuarem de modo intercultural, ao incluir no currículo, por exemplo, os idiomas nativos. Além disso, temas como colonialismo, descolonização e medicina tradicional são transversais na formação e na capacitação dos técnicos. “Na formação, os técnicos podem conhecer a realidade social, histórica, a diversidade cultural e linguística do contexto nacional e se apropriar dos mesmos em benefício do seu desempenho profissional, da interculturalidade e da atenção integral”, afirmou Hermínia. A educação superior também busca formar os recursos humanos de maneira integral, com competências profissionais, humanas, sociais, políticas e culturais.

Atualmente, de acordo com ela, a formação busca capacitar técnicos para atuar, especialmente, no primeiro nível da atenção, articulando conhecimentos biomédicos e tradicionais, idiomas originários e sentimentos de pertencimento que colaboram com o fortalecimento do sistema único de saúde do Estado Plurinacional da Bolívia.

Segundo Hermínia, o investimento nessa formação intercultural teve impactos positivos na pandemia de Covid-19, quando muitas pessoas recorreram à medicina tradicional, sobretudo nas comunidades mais distantes dos centros urbanos.

Naquele momento, o Ministério da Saúde buscou fortalecer a APS, com ações de vigilância comunitária, por meio de visitas domiciliares e encaminhamento para o tratamento com a medicina convencional nos casos identificados. A medicina

“

**Na formação, os técnicos podem conhecer a realidade social, histórica, a diversidade cultural e linguística do contexto nacional e se apropriar dos mesmos em benefício do seu desempenho profissional, da interculturalidade e da atenção integral.**

*Hermínia Llave Nina*

”

tradicional é utilizada comumente entre os povos indígenas, nas cidades pequenas e intermediárias e entre a classe média. Para essas pessoas, as equipes de saúde também realizaram um trabalho educativo, no qual, simultaneamente, ofereceram um guia de medicina tradicional para abordagem da Covid-19 e sensibilizaram a população para aceitar o tratamento biomédico e as vacinas.

Acesse a [apresentação](#) de Hermínia Llave na oficina.

## ULTRAPASSAR A DISCRIMINAÇÃO PARA FORTALECER INTERCULTURALIDADE

Janete Mabuie, graduada em nutrição pelo Instituto Superior de Ciências de Saúde, em Maputo - Moçambique, onde atua como professora-pesquisadora, e mestre em Alimentação e Nutrição pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Brasil, iniciou sua apresentação destacando como as práticas de saúde tradicionais prevalecem com muito vigor em seu país, que está situado na Região Sul da África Sub-saariana.

De acordo com ela, em 2004, Moçambique aprovou sua **Política da Medicina Tradicional**, a qual, seguindo o conceito de saúde proposto pela OMS, vincula a ideia de bem-estar físico, mental e social à saúde tradicional, às histórias e culturas dos povos e a suas condições socioeconômicas.



### POLÍTICA DE MEDICINA TRADICIONAL E ESTRATÉGIA DA SUA IMPLEMENTAÇÃO

A [política](#) busca integrar ao Sistema Nacional de Saúde práticas e medicamentos tradicionais. Destaca a importância de comprovar a segurança e a qualidade desses métodos e, para tanto, incentiva a pesquisa nesse campo. É por meio dessa política que o Ministério da Saúde, em colaboração com os praticantes da medicina tradicional, visa garantir a prática segura, eficaz e sustentável da saúde intercultural.

Fonte: Moçambique, 2004.

As políticas moçambicanas de saúde abarcam a dimensão intercultural a partir da atuação dos médicos tradicionais, organizados na Direção Nacional de Medicina Tradicional e na Associação dos Médicos Tradicionais (Ametramo). Geralmente, os praticantes da medicina tradicional são chamados de curandeiros, ou seja, portadores de um dom herdado dos seus ancestrais. De acordo com Janete, “os praticantes são vistos como capazes de tratar várias doenças, restaurar a sorte e até auxiliar na resolução de problemas não resolvidos na medicina formal, por meio da encarnação de espíritos ou pelo uso de rezas e plantas”. Além disso, eles contribuem com o sistema nacional de saúde, tanto na prestação de cuidados, quanto na educação em saúde baseada em boas práticas. Como exemplo, Janete citou a atuação dos médicos tradicionais e líderes comunitários no contexto da pandemia de Covid-19, quando eles se envolveram e trabalharam na orientação das medidas de proteção e do uso de plantas nativas medicinais contra a doença.

No país, as comunidades tradicionais locais possuem uma organização social própria, com seus costumes, línguas e tradições. Além disso, devido às grandes distâncias entre tais comunidades e as unidades de saúde, as populações continuam a ter dificuldades para acessar o sistema de modo adequado. A dificuldade de acesso amplia a busca pelos cuidados tradicionais mesmo nos casos em que a medicina convencional poderia ser mais oportuna e eficaz. Para ela, se os serviços pudessem ser acessados

quando surgissem os primeiros sintomas de uma doença, não receberiam pacientes muitas vezes em estado clínico avançado. “Isso chama atenção para a necessidade de se criar uma boa articulação entre as duas medicinas: tanto a convencional, quanto a medicina tradicional”, acentuou.

A professora moçambicana explicou que apesar das práticas de saúde tradicionais serem parte dos hábitos das populações do país, é possível perceber que elas ainda não estão completamente consolidadas enquanto política pública de saúde. Isso é consequência da marginalização histórica dos praticantes da medicina tradicional,

“

**Os praticantes da medicina tradicional são vistos como capazes de tratar várias doenças, restaurar a sorte e até auxiliar na resolução de problemas não resolvidos na medicina formal.**

*Janete Mabuie*

”



o que gera desmobilização dessa forma de cuidado e descontentamento para esses profissionais.

Segundo Janete, para ultrapassar a lógica da tolerância na saúde e construir um cuidado de fato intercultural, é essencial uma boa articulação entre as diferentes medicinas. Isso se inicia com o envolvimento comunitário e com a criação de políticas públicas que contemplem normas e protocolos exequíveis, de acordo com os contextos específicos das comunidades. Ela ressaltou ainda que é necessário investir no desenvolvimento comunitário por meio do aperfeiçoamento dos recursos sanitários, da melhoria das condições de vida e do fortalecimento das lideranças locais.

Para ela, além do reconhecimento das práticas, é necessário um trabalho de conciliação das tensões culturais entre a medicina tradicional e a medicina ocidental. Também é oportuno realizar pesquisas que permitam identificar saberes populares tradicionalmente utilizados na prevenção e tratamento de doenças e que apoiem a elaboração de políticas públicas de saúde não excludentes. Para qualificar a articulação entre as duas formas de cuidado, também é importante ampliar a representatividade de praticantes da medicina tradicional, respeitando a diversidade de povos nos diferentes espaços da saúde, inclusive nos momentos de tomada de decisão.

Para transpor as barreiras de acesso à atenção à saúde em uma perspectiva intercultural, Janete também ressaltou o maior reconhecimento do processo histórico-social dos cuidados tradicionais por parte de profissionais de saúde, gestores e tomadores de decisão. "Temos que pensar nessa questão do abandono, da criminalização, da diabolização e da adoção das normas e protocolos executivos, sem querer tirar aqui o poder dos que detém essas autoridades de mudança dos protocolos. Os nossos protocolos ainda continuam muito engavetados, porque são desenhados e não saímos do papel. Na prática, não acontece nada ", salientou.

Ela acredita que é prioridade um trabalho educativo e de sensibilização junto a profissionais da medicina convencional para ultrapassar essa perspectiva discriminatória. Apenas, dessa forma, será possível melhorar a articulação entre a prevenção e o tratamento de doenças e, também, a preservação cultural e da vida humana.

De acordo com a pesquisadora, só dessa forma haverá a transformação do reconhecimento dado aos médicos tradicionais e, também, do cuidado oferecido



aos seus pacientes, que muitas vezes são vítimas de discriminação e maus tratos quando buscam o sistema de saúde com evidências que utilizaram algum tratamento tradicional. Tais fatores demonstram que a revisão dos currículos dos cursos dos profissionais de saúde é igualmente essencial para difundir uma concepção de saúde mais holística, e para ampliar a interculturalidade na promoção da saúde, a partir dos diferentes paradigmas existentes dentro de uma comunidade. Também são necessárias outras iniciativas de educação em saúde pautadas no respeito e na valorização das práticas tradicionais de cuidados. “Fomos aprendendo e juntos aprendemos, então sigamos juntos a aprender, seja para a medicina ocidental, assim como para a medicina tradicional”, argumentou.

Janete finalizou chamando atenção para o fato de que a medicina tradicional é dinâmica, assim como é a ciência. Algumas plantas nativas, por exemplo, passam por processos de sazonalidade, ou mesmo de extinção, e os médicos tradicionais, enquanto portadores de um conhecimento vivo, constroem outras formas de cuidado com os recursos disponíveis.

Acesse a [apresentação](#) de Janete Mabuie na oficina.

“

**Fomos aprendendo e juntos aprendemos, então sigamos juntos a aprender, seja para a medicina ocidental, assim como para a medicina tradicional.**

*Janete Mabuie*

”

## **A EXPERIÊNCIA FORMATIVA DE AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE**

Graduada em Medicina, mestre e doutora em Saúde Pública, Ana Lúcia Pontes é pesquisadora nas áreas de saúde, epidemiologia e antropologia dos povos indígenas e professora titular em diversos programas de pós-graduação. Além disso, atua como defensora das lideranças indígenas, enfocada na formação tradicional de agentes comunitários em saúde indígena e é coordenadora do grupo de trabalho de saúde indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), onde também contribuiu com o tratado de direitos indígenas.

Ana Lúcia iniciou sua apresentação mostrando alguns dados sobre quem são os indígenas brasileiros que sobrevivem ao histórico de genocídio de milhões de pessoas e mais de mil povos. Segundo ela, na década de 1970, acreditava-se que essas populações desapareceriam por morte ou assimilação cultural, mas, a partir dos anos 2000, houve um crescimento populacional e um aumento de cerca de 300 mil para quase um milhão de indígenas. Eles vivem em todos os estados da federação e ocupam cerca de 12% do território nacional, sobretudo na Amazônia Legal, embora, segundo o Censo de 2010, cerca de um terço dessa população se encontra em área urbana ou optou pelo isolamento voluntário.

Ao todo, são mais de 300 povos, com 270 línguas e, apesar dessa diversidade, há baixa produção de informações sobre essas populações. Existem, também, várias barreiras de acesso ao sistema de saúde, o que piora as condições de vida dessas populações que sofrem com os maiores indicadores de morbimortalidade e uma dupla carga de doenças, com alta prevalência de doenças transmissíveis e de causas evitáveis e crescente aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, os indígenas ainda enfrentam ataques recorrentes e violentos na região da Amazônia Legal.

Em 1988, a entrada em vigor da atual Constituição Federal foi fundamental para promover importantes mudanças na relação entre os povos indígenas e o Estado brasileiro. Primeiramente, o Artigo 231 reconheceu a organização social, os costumes, línguas, crenças e tradições desses povos, bem como o direito sobre as terras que vêm ocupando tradicionalmente. Além disso, ressaltou que é dever da União demarcar essas terras, proteger e fazer respeitar todos os seus bens. Já o Artigo 232, ao afirmar a possibilidade de comunidades e organizações indígenas ingressarem na justiça em defesa de seus direitos e interesses, reconheceu a autonomia desses povos.

A Constituição também instituiu o direito universal à saúde no Brasil, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. No caso das demandas de saúde das populações indígenas, um marco fundamental foi a **Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**, realizada em 1986.



## CONFERÊNCIA NACIONAL DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO ÍNDIO

A [Conferência](#) agregou várias nações indígenas e profissionais de saúde, bem como antropólogos e instituições indigenistas. Em seu relatório final, destacou a relação da saúde indígena com a ocupação do território, a integridade de seus ecossistemas e a cidadania plena. Pautou o acesso aos serviços de saúde, respeitando as especificidades étnicas presentes no país e a criação de uma agência ligada ao Ministério da Saúde com participação de representantes das nações indígenas em todos os seus processos.



Fonte: Brasil, 1986.

Em 1999, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sesai) e, em 2002, foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Apenas em 2010 ocorreu a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, pertencente ao Ministério da Saúde. Frente a esse histórico, a professora-pesquisadora ponderou que “a interculturalidade também passa pela dimensão política. Não é só no ensino, não é só no serviço de saúde, mas é no espaço por vezes político do legislativo, do judiciário e das políticas de saúde”. Em todas essas esferas, os povos indígenas enfrentaram a estereotipação, o racismo e o preconceito, tendo que lutar para ocupar, cada vez mais, os espaços políticos.

Segundo Ana Lúcia, atualmente, a atenção à saúde desses povos está dividida em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que buscam respeitar as formas de ocupação e diversidade étnica dos diferentes territórios. Sua estruturação conta com um nível primário de atenção nas comunidades articulado com equipes de referência e a rede do SUS, que oferece a continuidade da atenção nas chamadas Casas de Saúde do Índio, localizadas nas cidades.

Para ela, apesar dos marcos legais existentes, o modelo de atenção às populações indígenas é ainda bastante convencional e piramidal. Embora as populações utilizem a medicina tradicional e a biomédica sem conflitos, o cuidado iniciado nos núcleos familiares por meio de plantas, dietas e benzimentos muitas vezes se choca com o preconceito, a discriminação e o autoritarismo dos profissionais de saúde, explicou.

“

**A interculturalidade também passa pela dimensão política. Não é só no ensino, não é só no serviço de saúde, mas é no espaço por vezes político do legislativo, do judiciário e das políticas de saúde.**

*Ana Lúcia Pontes*

”

Depois de afirmar que é necessário investir na formação de recursos humanos para trabalhar com a saúde indígena, a pesquisadora apresentou a dinâmica do Curso Técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde (CTACIS), realizado na Região do Alto Rio Negro, sob coordenação da Fiocruz. Esse território, com terras demarcadas desde 1980, apresenta uma grande diversidade étnica, um movimento indígena forte e educação escolar indígena estruturada, características que permitiram às populações perceber a defasagem dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) da região, até então sem formação específica e sem um papel sociopolítico relevante.

De acordo com Ana Lúcia, essa conjuntura permitiu que as lideranças indígenas locais solicitassem um processo formativo que resultasse na elevação da escolaridade e na profissionalização dos AIS. Nesse sentido, os indígenas iniciaram o processo cursando o ensino médio e, posteriormente, realizaram o curso técnico, concluído em 2015. O marco curricular construído estava comprometido com a promoção da saúde, a valorização dos conhecimentos tradicionais e a adequação ao contexto sociocultural, ao cenário epidemiológico e ao quadro político regional.

O curso, realizado na modalidade presencial em sua parte teórica e semipresencial para as práticas profissionais, teve carga horária total de 1.440 horas. Contou com quase 200 inscritos, divididos em cinco turmas em diferentes localidades, dos quais 139 concluíram a formação, que abordou temas como atenção materno infantil, vigilância nutricional, intersetorialidade e política indígena e indigenista.

Diferentes estratégias didáticas, sempre articuladas às práticas locais, às línguas indígenas e aos profissionais de saúde que atuavam na região foram utilizadas.

Para a professora-pesquisadora, a produção de material didático foi especialmente desafiadora para os docentes, visto a escassez de materiais similares. Desenvolver um trabalho que incentivasse um modelo de atenção capaz de superar o biomédico, centrado na doença e curativista, e que fosse incentivador da APS, da vigilância em saúde e dos conhecimentos tradicionais foi um motivador em todo processo. No entanto, tal investimento encontrou muitas barreiras por parte dos outros profissionais de saúde, que apresentaram dificuldades de reconhecer o AIS como um articulador e mostrou que ainda há muito por fazer para que se tenha interculturalidade na saúde no Brasil.

Acesse a [apresentação](#) de Ana Lúcia Pontes na oficina.

Saiba mais:

- [Material didático](#) do CTACIS
- [Jogo 'Semeando o cuidado'](#)

## SÍNTESE DO DEBATE

A oficina se constituiu como uma oportunidade para a discussão sobre interculturalidade na formação e no trabalho em saúde, uma vez que apresentou um panorama bastante diverso do tema, a partir de políticas e estratégias utilizadas na Bolívia, em Moçambique e no Brasil. Além disso, discutiu as dificuldades históricas relacionadas ao reconhecimento e integração das práticas tradicionais aos sistemas nacionais de saúde devido ao racismo, à discriminação e ao processo colonial. As três experiências relatadas possibilitaram perceber como a própria população, do campo ou urbana, valoriza e incorpora tais cuidados em seus processos de saúde-doença-cuidados.

Observou-se que a interculturalidade não é significativa apenas para as populações tradicionais. Ela está relacionada à democracia, à cidadania e ao combate às desigualdades, rumo à saúde universal. "É uma questão de saúde global, no sentido de que transcende as fronteiras dos nossos países. Portanto, é preciso cooperar e trabalhar em rede para atender aos grupos mais vulneráveis", comentou Sebastián Tobar.

Dado os contextos migratórios cada vez mais frequentes, no campo da saúde global, a perspectiva intercultural é um convite à alteridade e ao acolhimento, sobretudo de refugiados e migrantes submetidos a deslocamentos prolongados. O debate também incluiu as mudanças climáticas e o meio ambiente, considerando a centralidade da preservação e da interação com os elementos naturais para a saúde intercultural.

Na oficina, ficou evidente a necessidade de desenvolver

e fortalecer os marcos legais que tratam de questões relacionadas à interculturalidade, seja na Constituição do Estado ou nas políticas públicas de saúde e educação.

O evento também ressaltou que é fundamental estimular a participação das lideranças tradicionais na tomada de decisão por meio da ocupação de cargos na gestão pública e nos espaços políticos. A representatividade de lideranças indígenas, e de outros povos tradicionais, possibilita a construção de políticas e práticas assertivas vinculadas às demandas e lutas dessas populações. Do mesmo modo, auxilia no fortalecimento da histórica capacidade resiliente, auto organizativa e criativa dos povos nativos, que resistem apesar da violência dos processos coloniais. O protagonismo deles é fundamental, também, nos processos formativos e nos espaços laborais. Isto significa que, para os marcos legais e iniciativas interculturais serem efetivas e eficazes, é preciso construir ações que priorizem o engajamento comunitário.

Nas três exposições foi possível perceber a centralidade da educação para haver respeito e reconhecimento às práticas de saúde tradicionais. Evidenciou-se a urgência de investir na formação de profissionais de saúde pertencentes às populações tradicionais, em todos os níveis, por meio de políticas de reservas de vagas, ou de cursos específicos nas comunidades, como é o caso do CTACIS,



**É uma questão de saúde global, no sentido de que transcende fronteiras dos nossos países. Portanto, é preciso cooperar e trabalhar em rede para atender aos grupos mais vulneráveis.**

*Sebastián Tobar*



ocorrido no Brasil. Também foi notória a demanda da interculturalidade estar pautada nos processos formativos, de maneira contínua e transversal, na educação básica e na formação de técnicos em saúde, como ocorre na Bolívia. “Nós abordamos a medicina tradicional, não apenas como algo a ser simplesmente aplicado, mas como algo que deve ser compreendido no momento em que ela é ofertada na atenção à saúde da população”, enfatizou Hermínia Llave. Investir na qualificação dos técnicos em saúde nos diversos níveis da formação, trabalhando as línguas nativas e os cuidados tradicionais é importante para ampliar a qualidade da saúde dos povos.

“

**Nós abordamos a medicina tradicional, não apenas como algo a ser simplesmente aplicado, mas como algo que deve ser compreendido no momento em que ela é ofertada na atenção à saúde da população.**

*Hermínia Llave*

”

Os relatos dos três países, mostraram que, especialmente na educação superior, há um grande desafio, pedagógico e metodológico, a ser superado na articulação da racionalidade biomédica com as cosmogonias indígenas, por exemplo.

As experiências também mostraram a contribuição dos povos tradicionais na pandemia de Covid-19, ao se apropriarem dos conhecimentos técnicos disponíveis para produzir cuidados adequados às suas realidades com textos traduzidos para suas línguas, ilustrações criadas a partir dos contextos locais e com narrativas condizentes aos seus modos de vida.

Tudo isso ressalta a importância de essas populações serem reconhecidas, enquanto educadoras dentro e fora de seus territórios originários, uma vez que contribuem para que toda a sociedade possa aprender com suas estratégias de educação em saúde, de sustentabilidade e de etnodesenvolvimento. As iniciativas formativas construídas a partir da interculturalidade podem contribuir para irmos além dos estereótipos, entendendo a dinamicidade da cultura e da vivência das diferentes populações na busca de seus direitos de cidadão. Igualmente, podem permitir que mudanças vividas por essas populações não apaguem sua identidade étnico cultural e seu pertencimento comunitário e ancestral.



Outro grande desafio diz respeito ao desenvolvimento de esforços de pesquisa relacionados às práticas tradicionais de saúde. No entanto, é importante que essas pesquisas, que tendem a colaborar com a prevenção e o tratamento de doenças, a vigilância e a promoção da saúde, e com a preservação do patrimônio cultural e ambiental, não sejam balizadas apenas pelos limites e lógicas da ciência ocidental. Nesse sentido, Ana Lúcia Pontes salientou que a questão não é de comprovação científica, mas de reconhecimento. Esses sistemas de lógicas e mecanismos de legitimação bastantes distintos devem ser reconhecidos dentro dos seus próprios termos. Por isso, é relevante apoiar a realização de pesquisas e o registro de suas práticas para que essas populações tradicionais possam exercer o cuidado intercultural com respeito aos padrões de segurança e de qualidade, ao mesmo tempo em que preservam seus saberes sem condicioná-los às lógicas da biomedicina.

As lacunas na formação dos profissionais em termos de saúde intercultural e a falta de reconhecimento, ou discriminação, frente as formas de cuidado tradicionais, geram sofrimento e violência em populações já vulnerabilizadas por diversas razões. Na oficina, ficou clara a potência de pautar a saúde intercultural a partir dos determinantes sociais, o que inclui enfrentar questões relacionadas ao racismo, ao epistemicídio e outras violências contra populações tradicionais, ao desenvolvimento sanitário, à proteção territorial e à priorização da sustentabilidade. A promoção da saúde intercultural de modo pleno só poderá existir quando essas dimensões forem tratadas devidamente.

Por fim, a oficina mostrou que é essencial potencializar o cuidado de saúde primário, comunitário e familiar, com base no conhecimento local para que, mesmo nos territórios mais remotos, essas populações tenham acesso à saúde integral, de qualidade e com respeito às suas tradições e suas vinculações coletivas.

Foi possível perceber que a interculturalidade é um desafio para os setores dominantes, que devem reconhecer o próprio poder e privilégio e ampliar sua abertura para o diálogo. É necessário que esses setores parem de agir na perspectiva da assimilação ou da tolerância, e considerem de fato a troca de saberes, o reconhecimento das diversidades étnica e cultural que constituem a identidade de um país. Mais do que isso, eles precisam compreender, de fato, a essencialidade da tomada de decisão compartilhada e baseada no princípio da equidade e da gestão democrática e participativa.



# OFICINA 3 - SAÚDE MENTAL E A FORMAÇÃO DE TÉCNICOS EM SAÚDE

**CICLO DE OFICINAS**

A formação e o trabalho dos técnicos em saúde no mundo pós-Covid

**Oficina 3** Saúde Mental e a Formação de Técnicos em Saúde

**DEBATEDORES**

**ABERTURA**

**MEDIADOR**

Carlos Batistella (EPSJV/Fiocruz)

Dênis Petuco (EPSJV/Fiocruz) Brasil

Jesus Morales Romero (Universidad Central de Chile) Chile

Maria del Carmen Calle Davila (ORAS-CONHU) Peru

Jorgelina Di Iorio (UBA/Intercambios Asociación Civil) Argentina

Sebastián Tobar (Cris/Fiocruz)

Links para transmissão:  
Português: <https://youtu.be/41OOYVRIn-o>  
Espanhol: [https://youtu.be/3QuQRc\\_Jubg](https://youtu.be/3QuQRc_Jubg)

**Data:** 13 de setembro de 2022  
**Horário:** 10h a 12h (hora de Brasília)

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde  
RETS RETS-CPLP RIETS  
Ministério da Saúde  
Fiocruz Fundação Oswaldo Cruz  
Aqui somos SUS

 13 de setembro de 2022

 Vídeos do evento:

## MESA DE ABERTURA:



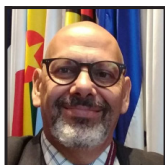
### CARLOS EDUARDO BATISTELLA

Coordenador de Cooperação Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).



### MARÍA DEL CARMEN CALLE DÁVILA

Secretária executiva do Organismo Andino de Saúde - Convênio Hipólito Unanue (Oras-Conhu).



### **SEBASTIÁN TOBAR**

Assessor do Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz).

## **NARRATIVAS DAS EXPERIÊNCIAS LOCAIS:**



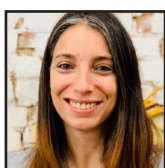
### **DÊNIS PETUCO**

Professor-pesquisador da EPSJV/Fiocruz, Brasil.



### **JESUS MORALES ROMERO**

Professor-pesquisador da Universidade Central (UCEN), Chile.



### **JORGELINA DIORIO**

Professora-pesquisadora da Universidade de Buenos Aires (UBA), da Argentina.





## PERGUNTAS DINAMIZADORAS

Como abordar o sofrimento psíquico contemporâneo sem incorrer na medicalização excessiva? Que novos aportes teóricos e alternativas terapêuticas têm sido incorporados na área da saúde mental? Como estão configuradas as políticas de saúde mental em seu país? Qual o papel dos técnicos em saúde no atendimento às necessidades que essa área demanda? Quais as iniciativas de formação em saúde mental você destaca em seu país? Existem trabalhadores técnicos devidamente qualificados para trabalhar com a saúde mental? Como eles estão inseridos nas diferentes modalidades da atenção à saúde? Em que medida os desafios da atenção psicossocial têm sido percebidos no trabalho e na formação dos técnicos em saúde?

## CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

A pandemia de Covid-19, além de milhões de infectados e mortos, agravou o contexto de crise na saúde pública e em outros setores como o da economia e da educação em diversos países. Esse acúmulo de problemas acabou trazendo demandas ainda mais complexas para o campo da saúde mental, área que reúne uma série de desafios a serem enfrentados pelos sistemas nacionais de saúde no período pós-pandêmico. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido estratégica na resposta às demandas e necessidades desse campo, especialmente por conta do trabalho dos técnicos que atuam cotidianamente nos territórios, junto às comunidades. Nesse sentido, torna-se prioritário investir na formação desse pessoal, de forma a considerar aspectos teóricos e práticos envolvidos no cuidado psicossocial na atenção básica.

De acordo com o [Relatório Mundial sobre Saúde Mental](#), da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 2019, quase um bilhão de pessoas do mundo – incluindo 14% de adolescentes – viviam com algum tipo de transtorno mental. O suicídio, por exemplo, foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes, sendo que 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade. Já a depressão e a ansiedade, por sua vez, aumentaram mais de 25%, apenas no primeiro ano da pandemia. Além disso, as desigualdades sociais e econômicas, as

emergências de saúde pública, as guerras e a crise climática constituíram graves ameaças estruturais globais à saúde mental. Por outro lado, a maior parte da população mundial, sobretudo as comunidades que viviam em maior situação de vulnerabilidade, ainda não contam com acesso adequado aos cuidados em saúde mental ou, muitas vezes, esses se restringem a intervenções medicamentosas.

Durante décadas, a saúde mental tem sido uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, recebendo uma ínfima parte dos recursos de que necessita. Segundo o [Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030](#), recentemente revisado e assinado pelos Estados Membros da OMS, apesar dos avanços da última década, a maior parcela do escasso gasto público em saúde mental ainda é destinada a hospitais psiquiátricos, mais do que a serviços de saúde mental comunitários. O enfrentamento desse cenário coloca em pauta a formação e o trabalho dos técnicos em saúde, a fim de somarem esforços para a promoção da atenção psicossocial, sobretudo nos territórios mais distantes dos centros urbanos e em maior situação de vulnerabilidade.

## MESA DE ABERTURA

Sebastián Tobar, assessor do Cris/Fiocruz, abriu o evento reafirmando como o Ciclo de Oficinas é um espaço privilegiado de intercâmbio, de reflexões e de aprendizados. Nele, a partir de experiências concretas vivenciadas nos contextos locais é possível pautar a saúde global. Além disso, ressaltou que a iniciativa vem abrindo possibilidades de formulação de propostas sobre a formação e o trabalho dos técnicos em saúde.

Para iniciar a discussão sobre o tema da saúde mental, Tobar destacou o quanto os problemas relacionados a esse campo causam mortalidade na região das Américas e que, apesar disso, persistem as iniquidades no acesso aos serviços de atenção psicossocial. A falta de informações sobre a Covid-19 e a sobrecarga dos recursos humanos da saúde trouxeram demandas específicas relacionadas aos transtornos mentais e ao consumo abusivo de substâncias psicoativas. Segundo ele, viver a pandemia significou enfrentar diversos gatilhos de ansiedade, de stress e de luto.

A seguir, Carlos Batistella, Coordenador de Cooperação Internacional da EPSJV/Fiocruz, contou que a ideia de uma oficina com o tema da saúde mental surgiu a partir de uma reunião da equipe da EPSJV/Fiocruz com representantes do

programa sub-regional para a América do Sul da Organização Pan-Americana da Saúde (SAM-Opas/OMS) e do Organismo Andino de Saúde - Convênio Hipólito Unanue (Oras-Conhu). Na ocasião, María del Carmen, secretária executiva do Oras-Conhu, alertou para o preocupante incremento dos problemas de saúde mental no contexto pós-pandêmico, especialmente entre os mais jovens. Após o encontro, ela foi convidada para a mesa de abertura desta oficina.

Na oficina, María del Carmen iniciou sua apresentação conceituando saúde como aquilo que, em sua dimensão física, psíquica e social, permite ao indivíduo lidar com os estressores da vida cotidiana, ao mesmo tempo em que contribui com a sua comunidade. Ela lembrou que, ao longo da vida, muitas situações traumáticas têm impacto na saúde mental dos indivíduos. “Na pandemia, por exemplo, por um período prolongado e que, para muitos, se estende até os dias atuais, houve um aumento do estresse, do luto e das incertezas. Simultaneamente, houve redução de possibilidades de contato com a rede de apoio e maior exposição a riscos, o que gerou um aumento da demanda por protocolos de biossegurança, sobretudo entre quem trabalha na saúde”, disse. “O estresse é o resultado da adaptação frente a condições de trabalho e demandas as quais as pessoas avaliam que seus recursos para enfrentá-los são insuficientes. Assim, ocorre um comportamento de medo, bloqueio, fuga e, depois, um esgotamento, desânimo, hesitação e, por último, depressão, alguns traços como pensamento suicida, ansiedade ou **síndrome de Burnout\***. Ou seja, o esgotamento profissional, que realmente todos estão vivenciando e nos mantém alertas, em estresse, tem um impacto sobre a saúde mental”, detalhou. Segundo ela, as sensações de perigo, de insegurança ou de isolamento, fortalecidas com a pandemia, trouxeram também aos trabalhadores da saúde problemas físicos como fibromialgia, dermatite, perda

“

**O esgotamento profissional, que realmente todos estão vivenciando e nos mantém alertas, em estresse, tem um impacto sobre a saúde mental.**

*María del Carmen*

”

\* A [síndrome de burnout](#) está incluída na 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), publicada em fevereiro de 2022, como um fenômeno ocupacional. Não é classificada como uma doença ou condição de saúde, mas uma razão pela qual as pessoas entram em contato com serviços de saúde. É caracterizada por três dimensões: sentimentos de exaustão ou esgotamento de energia; aumento do distanciamento mental do próprio trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho; e redução da eficácia profissional. (Opas/OMS).

de cabelo, problemas do sono, entre outros.

Para María del Carmen, a Covid-19 demonstrou que o individualismo e a redução do Estado são contraditórios com a resposta aos problemas comunitários e acabam ampliando as desigualdades que afetam especialmente os grupos mais vulneráveis. De acordo com ela, uma atuação eficaz em saúde mental, implica compreender a perspectiva contextual, ou seja, os ambientes sociais e coletivos. Isso não significa abrir mão das estratégias individuais de autocuidado e autoconhecimento, mas, sobretudo, fomentar estratégias no nível organizacional, para haver cuidado institucional, proteção e atenção à saúde mental dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde. Nesse sentido, é essencial aprimorar as políticas públicas de saúde e garantir o financiamento adequado para a manutenção de políticas intersetoriais, com intervenções inclusivas no campo da atenção psicossocial, como linhas de cuidado e iniciativas formativas sobre o tema.

## **NARRATIVAS DAS EXPERIÊNCIAS LOCAIS**

### ***O PENSAMENTO DECOLONIAL COMO CAMINHO PARA A SAÚDE MENTAL NA AMÉRICA LATINA***

Dênis Petuco, professor-pesquisador em saúde pública da EPSJV/Fiocruz e redutor de danos, com foco no atendimento a pessoas que consomem álcool e outras drogas, começou sua exposição fazendo referência ao antropólogo, historiador, sociólogo, escritor e político brasileiro Darcy Ribeiro (1986) e sua reflexão sobre a existência da América Latina. Segundo ele, a região traz, em seu aspecto geopolítico e histórico, as marcas de

distintas implementações coloniais, das quais nasceram as sociedades latino-americanas, que coexistiram, sem conviver, ao longo de séculos. Cada uma delas se relacionava diretamente com sua metrópole colonial ou Portugal ou Espanha. Ainda hoje, nós, latino-americanos vivemos como se fôssemos um arquipélago de ilhas, que se comunicam por mar e pelo ar e que, com mais frequência, voltam-se para fora, para os grandes centros econômicos mundiais, do que para dentro (RIBEIRO, 1986, p. 11).



A partir dessa reflexão, Dênis empreendeu uma recuperação histórica do campo da saúde mental na região. Citou a [Conferência de Alma-Ata](#), de 1978, e sua influência, ao longo da década de 1980, sobre os movimentos sociais latino-americanos engajados na luta antimanicomial. Ele também citou a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em 1990, que culminou com a [Declaração de Caracas](#), a qual orientou as reformas nos modelos de assistência à saúde mental nos diferentes países, dentro de uma perspectiva de caráter não manicomial, com base na atenção primária à saúde, na promoção de modelos centrados na comunidade e na atenção psicossocial a partir das redes de convívio do paciente.

Esse movimento em direção aos princípios da saúde coletiva global, em busca de um atendimento comunitário descentralizado e baseado em direitos, fortaleceu a luta por uma América Latina livre de manicômios. Apesar disso, ainda vivemos um campo de lentos avanços e riscos de retrocesso. No Brasil, por exemplo, a **lei da reforma psiquiátrica** foi promulgada nos anos 2000. No entanto, apenas recentemente contamos com uma perspectiva pós-manicomial na atenção à saúde mental de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, com grande apoio do campo de enfrentamento à epidemia de HIV/Aids.



## REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A [Lei 10.216/2001](#) dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental. Ela é fruto de um longo processo de mobilização que envolveu profissionais de saúde, educadores, familiares e pacientes com transtornos mentais. Assim, substituiu o modelo de atenção à saúde mental baseado no isolamento e em tratamentos violentos e invasivos em manicômios e hospitais, por um modelo de base comunitária fundamentado em direitos.

Fonte: Brasil, 2001.

Nesse contexto, na medida em que o campo da redução de danos desenvolveu as suas práticas com pessoas que fazem uso excessivo de álcool e outras drogas, avançou de uma estratégia de prevenção para uma diretriz de cuidado em saúde mental centrada no território. Atualmente, segundo ele, em mais uma ampliação dessa abordagem, notou-se a necessidade de aliar a redução de danos a políticas mais amplas, relacionadas à habitação, trabalho e renda, sobretudo para as pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social, com uso crítico de substâncias psicoativas.

Diante das desigualdades históricas da América Latina, para pautar a saúde mental, especialmente quando se discute esse tema na formação de técnicos em saúde, é essencial considerar as determinações sociais nos processos de saúde-doença, bem como o pensamento decolonial, de modo a valorizar a produção de conhecimento e as práticas desenvolvidas no eixo Sul-Sul. “Uma nova perspectiva de formação em saúde mental, no contexto da América Latina, precisa fortemente encontrar esses autores do pensamento pós-colonial e decolonial, até porque os nossos sofrimentos mentais estão profundamente associados às nossas desigualdades e às nossas características de sermos uma região com uma multiplicidade de experiências coloniais”, afirmou Dênis.

Para ele, as epistemologias decoloniais vem contribuindo para a construção de parâmetros curriculares para formação de trabalhadores da saúde com foco na redução de danos. Nesse registro, tem sido possível perceber tanto os problemas quanto suas soluções a partir do que é próprio da região latino-americana. Dessa forma, a saúde mental passa por um alargamento, para além dos horizontes manicomiais, biomédicos e medicalizantes, ela passa a ser pautada pela ideia de “vida plena”. Conceito que, numa perspectiva intercultural e considerando diferentes línguas nativas da América Latina, permite construir a formação e as práticas de saúde mental com foco não na patologização, mas sim no *Sumak Kawsay*, do povo quechua do

“

**Uma nova perspectiva de formação em saúde mental no contexto da América Latina precisa fortemente encontrar esses autores do pensamento pós-colonial e decolonial.**

*Dênis Petuco*

”



Equador, no *Suma Kamaña*, do povo Aymara, da Bolívia, ou no *Teko Porã*, dos Guarani brasileiros, isto é, do “bem viver” e suas contribuições relevantes não apenas para nossa região, mas também para a saúde mental global.

## PROBLEMATIZANDO A SAÚDE MENTAL NAS ADOLESCÊNCIAS

A segunda experiência foi apresentada por Jorgelina Patrícia Diorio, doutora em Psicologia, pesquisadora do Conselho Nacional de Pesquisas Científicas e Técnicas (Conicet, do espanhol) e professora de Psicologia Social na Universidade de Buenos Aires. Ela apresentou a associação civil [Intercambios](#), onde coordena a área de intervenção e desenvolve pesquisa com pessoas em situação de rua, adolescentes e pessoas que fazem uso excessivo de drogas. Seu trabalho considera as relações entre as desigualdades sociais e a saúde mental a partir de uma perspectiva de direitos humanos.

A Intercambios desenvolve há mais de 26 anos, na Argentina e região, uma pesquisa de intervenção centrada em três eixos: (1) assistência direta; (2) incidência política, com atenção aos problemas sociais e legais; e (3) capacitação, para abordagem de problemas associados ao uso de drogas. A partir desse trabalho e da **Lei de Saúde Mental da Argentina**, Jorgelina pontuou que “não existe saúde mental se não houver justiça social, assim como não existe saúde integral sem a saúde mental, sem o acesso aos direitos sociais, econômicos, políticos, culturais e de identidade das populações”.

“

**Não existe saúde mental se não houver justiça social, assim como, não existe saúde integral sem a saúde mental, sem o acesso aos direitos sociais, econômicos, políticos, culturais e de identidade das populações.**

*Jorgelina Diorio*

”



## LEI 26.657/2010, SOBRE O DIREITO À PROTEÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A [lei](#), baseada nos direitos humanos e sociais de todas as pessoas, em particular daquelas que têm um padecimento em saúde mental, reconhece o campo da saúde como um processo determinado por componentes históricos, socioeconômicos, culturais, biológicos e psicológicos, cuja atenção deve se dar a partir do trabalho interdisciplinar e interseccional, baseado nos princípios da atenção primária e, preferencialmente, fora do ambiente hospitalar.

Fonte: Argentina, 2010.

Ao discutir o tema, para além do enfoque nas doenças, a pesquisadora nos convidou a pensar nas possibilidades de ampliar os cenários de trocas sociais e afetivas das pessoas, o que pode ser traduzido como produção social de saúde mental. Para exemplificar, ela falou sobre o caso da formação de agentes socio sanitários para a atenção à saúde mental nas **adolescências\*** no contexto pós-pandemia. Essa formação se destina a trabalhadores da saúde que atuam na APS, mas também a outros agentes públicos que trabalham nos sistemas de proteção integral, de justiça e de educação.

Jorgelina também apresentou o estudo sobre **Efeitos na saúde mental dos meninos, meninas e adolescentes devido à Covid-19** para discutir a saúde mental nessa população, bem como propor ações de formação dos agentes durante e após a pandemia.

\* Não há uma definição absoluta sobre o que é a [adolescência](#). É importante considerar que ela é um conceito socialmente construído e marcado por condições históricas, culturais e territoriais. Por isso, não é possível falar de adolescência no singular, mas sim de adolescências. (Escola de Cidadania, Brasil)



## **EFEITOS NA SAÚDE MENTAL DOS MENINOS, MENINAS E ADOLESCENTES DEVIDO A COVID-19**

Realizado em cooperação com o Unicef, Fundo das Nações Unidas para a Infância, o [estudo](#) ocorreu nas sete regiões da Argentina e em períodos diferentes da pandemia. O trabalho permitiu uma conexão com os adolescentes, que tiveram a oportunidade de se comunicar em primeira pessoa e relatar suas afetações e expectativas relacionadas ao período pandêmico.

Fonte: Unicef, 2021.

Segundo o estudo, o impacto econômico, o tédio, a violência institucional e a digitalização da vida cotidiana foram as principais preocupações relatadas pelos entrevistados. A exclusão digital, por sua vez, aumentou o contexto de isolamento e prejudicou o desempenho e a manutenção das relações nos espaços educativos. Outros impactos relatados foram a redução dos espaços de autonomia, o crescente esgotamento e a dificuldade de poder contar com adultos de confiança. As restrições na sociabilidade influíram na diminuição do protagonismo dos adolescentes e em oscilações de humor, que permitiram evidenciar a saúde mental como um estado dinâmico. Igualmente foi possível observar a dificuldade de acesso à atenção em saúde mental para muitas pessoas que desejaram uma consulta. Isso reforçou, nos adolescentes, a sensação de não se sentirem ouvidos pelo mundo adulto, ampliada por sentimentos de rejeição, de medo e de estigmatização, devido à orientação sexual ou alterações de humor, por exemplo.

Buscando dar respostas aos estados emocionais relatados pelas adolescências, os resultados do estudo definiram conteúdos para uma proposta curricular voltada para o fortalecimento das habilidades de agentes socioeducativos e socio-sanitários que atuariam no contexto da pós-pandemia, no primeiro nível de atenção à saúde. A iniciativa, que parte do pressuposto dos direitos humanos, foi desenvolvida para atender as demandas locais, em diferentes regiões argentinas.

As matrizes conceituais utilizadas na elaboração de uma proposta básica, partiram de uma concepção de saúde mental fundamentada na redução de riscos e danos, nos direitos e na autonomia, ao mesmo tempo que se afastam de perspectivas hegemônicas e biomédicas. A busca por abandonar práticas de acompanhamento tutelares, particularmente com as adolescências, implicou em reconhecer as populações em maior condição de vulnerabilidade, percebendo, inclusive, a distribuição desigual do valor da vida. “Nós estamos trabalhando, às vezes, com adolescências para quem esses direitos, que nós exigimos, vão se transformar em ficções, por causa da falta de acesso ao mundo do trabalho, da violência, da multiplicidade de carências que existem nessas populações em extrema vulnerabilidade”, afirmou Jorgelina.

A formação de agentes socio sanitários e socioeducativos foi fundamentada na ecologia de saberes e na metodologia da problematização. A partir de ideias de Boaventura de Souza Santos e Paulo Freire, questionou o cientificismo e valorizou as experiências e os diversos estados mentais das pessoas. A fim de discutir a abordagem de risco em saúde mental com as adolescências, desde uma perspectiva da redução de danos, foram criadas quatro chaves teóricas: 1) reinterpretação da ideia de risco, com atenção às pessoas em maior situação de vulnerabilidade, o que se significa desenvolver abordagens focadas no cuidado e com abertura para a construção de novos saberes; 2) prevenção e promoção de alternativas que possibilitem o acompanhamento em saúde mental a partir da construção de aprendizagens, intercâmbios de saberes, afetos e desenvolvimento de habilidades sociais. Objetiva que as pessoas nas adolescências se sintam ouvidas, reconhecidas e com confiança para dividir suas experiências e dores; 3) reconhecimento do espaço-tempo, com foco na disponibilidade e criação de vínculos, capaz de diminuir as circunstâncias de risco, especialmente as condições psíquicas que podem culminar em suicídio; e 4) promoção da participação e da autonomia, capazes de fortalecer a educação entre os pares por meio de práticas problematizadoras.

A opção de usar a metodologia freiriana, que constrói uma visão crítica a partir do mundo onde se vive, trouxe o desafio para a problematização dos afetos dos adolescentes sem aumentar as vulnerabilidades e riscos. Para formar as equipes foi necessário deslocar o eixo formativo do acúmulo de informação, cujo objetivo é formar agentes preparados, para a construção de habilidades que permitam que eles estejam disponíveis e atentos às oportunidades e alternativas para o acompanhamento dos adolescentes. “Ao nos sentirmos incluídos, ao sermos

reconhecidos pela comunidade, as alternativas e os direitos se ampliam e, nessa linha conceitual, se aumenta ou se produz a saúde mental”, afirmou a pesquisadora.

Jorgelina buscou evidenciar a dinamicidade da saúde mental e a necessidade de desenvolver abordagens específicas para trabalhar com as adolescências, o que possibilitou alargar a própria compreensão do campo. “Não desconhecendo que os problemas e as afetações de saúde mental, são processos dinâmicos, não são estáveis e nem atemporais. E, por outro lado, como acompanhar, aprofundar e compreender a saúde mental, não apenas como

patologia, mas também como promoção de direitos”, concluiu a professora. A apresentação deixou clara que respostas centradas na participação e na inclusão das comunidades locais são possibilidades para trabalhar a relação entre saúde mental e uso de drogas, repensando a percepção das adolescências, isto é, sem aprofundar o estigma e a discriminação.

Acesse a [apresentação](#) de Jorgelina Diorio na oficina.

“  
**Ao nos sentirmos incluídos,  
ao sermos reconhecidos  
pela comunidade, as alternativas  
e os direitos se ampliam e,  
nessa linha conceitual,  
se aumenta ou se  
produz a saúde mental.**  
”

*Jorgelina Diorio*

## **A APS E OS DESAFIOS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**

Jesus Morales Romero, assistente social, especializado em redução de riscos e danos, e professor-pesquisador na Universidade Central do Chile (Ucen), iniciou sua apresentação afirmando que não existe saúde sem saúde mental e que, uma vez que esse campo está em crise, vivemos em uma pandemia invisível.

O professor apresentou o contexto chileno, no qual a porta de entrada para o acolhimento em saúde mental está nos centros de atenção primária à saúde. Nesses centros, é feito o diagnóstico para quem precisa de atenção especializada

e o encaminhamento aos centros de saúde comunitária ou mesmo a hospitais e ambulatórios. Segundo ele, no Chile, as organizações sociais, os grupos comunitários e familiares, ou seja, as pessoas e suas vivências no território ainda não têm a devida centralidade na APS. Essa questão pode impactar negativamente na continuidade do cuidado centrado no usuário e na atenção integral, pilares da atenção à saúde da família e da saúde pública.

Na atenção básica, os Técnicos de Nível Superior em Enfermagem (Tens) são protagonistas. Essa categoria, com formação de 2.500 horas, representa a maior parcela da força de trabalho da saúde no Chile e está concentrada sobretudo na APS. Apesar disso, é pouco valorizada e reconhecida, como ocorre em outros países da América Latina. Os técnicos em enfermagem estão organizados, desde 2004, na [Confederação Nacional de Técnicos em Enfermagem](#) (Conatens), que desempenhou um importante papel para a reorganização do código sanitário no país.

Jesus Romero destacou que, em 2019, o Chile vivenciou uma crise, fruto de políticas neoliberais, que afetou as áreas social, econômica e sanitária. A crise serviu de justificativa para a privatização de muitos serviços públicos e acabou ampliando as desigualdades sociais. Como resposta, a população se mobilizou para reivindicar maior dignidade e igualdade. Todo esse movimento acabou levando os tomadores de decisão a repensarem o Estado.

Especialmente afetados pela crise, os técnicos de enfermagem, que exerceram um papel crucial durante a pandemia, protagonizaram um movimento que culminou no projeto de lei que reconhece esses trabalhadores como parte da equipe médica. “Só em 2021, depois de muito tempo e por causa da pandemia, é que foi reconhecida a figura do técnico em saúde como parte da equipe médica e, portanto, um membro importante do desenvolvimento da saúde no nível primário”, enfatizou. Essa modificação traz um impacto para a própria categoria, que pode reivindicar salários mais dignos e ocupar mais cargos no sistema de saúde, além de poder contribuir mais e melhor no campo da APS, participando em pé de igualdade nas reuniões clínicas.

Em uma pesquisa realizada pelo Instituto Ipsos, em 2021, o Chile aparece no ranking global como o segundo país com menor satisfação dos entrevistados em relação à saúde mental. Na América Latina, é o país onde os entrevistados relataram maior piora de sua saúde mental desde o início da pandemia (56%),

seguido pelo Brasil, com 53%. Segundo o [Relatório sobre o consumo de drogas nas Américas 2019](#), o Chile ocupa o primeiro lugar na prevalência anual de uso de tranquilizantes e sedativos com fins médicos entre a população escolar, quando comparado com outros países da América Latina e Caribe.

Segundo o pesquisador, em relação aos investimentos em saúde mental, o Chile está abaixo de Uruguai e Brasil. Como exemplo, ele citou o caso da atenção psicológica a estudantes que, muitas vezes, se reduz a uma cadeira e a escuta do psicólogo no pátio da escola. Esse cenário, segundo ele, é agravado pela hegemonia do modelo biomédico de saúde, individualista e medicamentoso, que compreende a saúde como ausência de doença e se divide em diferentes especialidades que, mesmo na atenção primária, muitas vezes não conversam entre si, prejudicando a atenção integral à saúde e o cumprimento das metas sanitárias nacionais e globais. Esse modelo busca ser o único possível e, por isso, determina a compreensão e a ação da saúde individual e coletiva.

Esse cenário torna evidente a demanda de investimento em saúde coletiva, com foco nos contextos sociais desde a formação de estudantes à qualificação dos trabalhadores que já atuam nos serviços de saúde. “Portanto, uma das coisas que seria importante fazer é instalar a ideia de saúde como um processo histórico, econômico, político, cultural e ambiental. Um processo social dinâmico, que está em permanente movimento”, reforçou. Compreender a saúde como um processo dinâmico significa tanto considerar contextos sanitários específicos, como a pandemia e suas demandas de distanciamento, quanto a intersecção entre classe, local de moradia, raça, gênero e outras questões que culminam em desigualdades ou em privilégios.

“

**Uma das coisas que seria importante fazer é instalar a ideia de saúde como um processo histórico, econômico, político, cultural e ambiental. Um processo social dinâmico, que está em permanente movimento.**

*Jesus Romero*

”

A saúde coletiva se apresenta como uma possibilidade de agregar saberes e práticas capazes de construir um olhar mais amplo sobre a atenção à saúde mental. A Universidade do Chile, por exemplo, desenvolveu o documento a **Estratégia Nacional para Saúde Mental**, em resposta ao contexto da pandemia de Covid-19.



## SAÚDE MENTAL NA SITUAÇÃO DE PANDEMIA

Elaborado por uma equipe interdisciplinar da Universidade do Chile, [o documento](#) apresenta princípios e critérios para o desenvolvimento da Estratégia Nacional de Saúde Mental. A proposta de atenção psicossocial buscou abarcar toda a população com estratégias específicas para as equipes de saúde, pessoas contaminadas ou sobreviventes da Covid-19 e seus familiares. Pessoas com transtornos psiquiátricos e consumo prejudicial de álcool e outras drogas, idosos, crianças e adolescentes também foram contemplados com propostas de abordagens específicas.

Fonte: Universidade do Chile, 2020.

Essa estratégia foi baseada em três princípios: 1) Flexibilizar para facilitar, destacando a necessidade de adaptação aos contextos locais, sociais e etários, entre outras especificidades, ao invés de aumentar a regulação dos serviços de saúde; 2) Visibilizar para potencializar, ao reconhecer as estratégias criativas desenvolvidas por pessoas, famílias e comunidades para enfrentar as situações de vulnerabilidade; e 3) Regular para proteger, fortalecendo a perspectiva dos direitos para que não se acentuem as desigualdades.

Além disso, quatro critérios foram elencados como fundamentais na estratégia: articulação territorial, intersetorialidade, participação e desenvolvimento econômico. Os autores buscaram destacar como a saúde mental deve ser considerada de maneira transversal pelas autoridades e como ela se articula dentro dos diferentes serviços e de modo diverso nos territórios. De tal modo, pressupõe-se a participação, considerando os recursos e as capacidades existentes nas comunidades para construir processos de cuidados coerentes com



os contextos. Por fim, o desenvolvimento urbano, social e econômico também precisa ser mobilizado para um trabalho em saúde mental efetivo.

## SÍNTESE DO DEBATE

As experiências apresentadas desde diferentes países da América Latina destacaram como a saúde mental é um importante indicador de outras doenças e está diretamente relacionada aos determinantes sociais de saúde. Assim, pautaram a necessidade de se superar o modelo biomédico e medicalizante ao construir a saúde a partir da organização comunitária, fortalecida a partir da ideia de Bem Viver, bem como de iniciativas que buscam decolonizar a saúde. Nesse contexto, pensar a formação e as condições de trabalho dos recursos humanos da saúde é fundamental, sobretudo em contextos de crise, como o período pandêmico e pós-pandêmico.

Visto que estamos expostos a ocorrência de outras emergências sanitárias e ambientais, é essencial estarmos fortalecidos para enfrentar novos desafios. Também é preciso cuidar da saúde mental das populações, para que as pessoas possam viver melhor. Para tanto, é necessário aprimorar as políticas de saúde mental e investir em seus recursos humanos, que precisam ser devidamente formados, valorizados e reconhecidos. “Se a gente tem sistemas de saúde mental fortalecidos, a gente consegue ter trabalhadores que estão preparados para enfrentar

situações adversas. Precisamos de um fortalecimento global das redes de saúde e da saúde mental. Assim, dentro dos sistemas locais de saúde, as estratégias específicas poderão surgir em ambientes de trabalho saudáveis e de planejamento participativo”, afirmou Dênis Petuco.

“

**Precisamos de um fortalecimento global das redes de saúde e da saúde mental. Assim, dentro dos sistemas locais de saúde, as estratégias específicas poderão surgir em ambientes de trabalho saudáveis e de planejamento participativo.**

*Dênis Petuco*

”

No entanto, vivenciamos um processo de precarização do trabalho em saúde em nível global. A fragilização dos técnicos e auxiliares da saúde, por exemplo, com salários reduzidos, contratos intermitentes, vínculos desprotegidos e formação insuficiente ou sem qualidade, prejudica o desenvolvimento de um ambiente adequado para a promoção da saúde plena. De tal modo, cuidar de quem cuida e investir na saúde mental dos próprios trabalhadores foi mais uma iniciativa proposta. Também foi considerado necessário desenvolver ações de formação dos técnicos de saúde para o trabalho em saúde mental com populações específicas, bem como a ampliação de investimentos no campo da atenção psicossocial.

A saúde, desde uma perspectiva coletiva e territorial, fortalecida pela APS, pela intersetorialidade, pela autonomia e pela participação comunitária foram fatores basilares para se pensar a saúde mental nesta oficina. Por isso é fundamental incentivar políticas e ações intersetoriais que assumam a estreita relação entre a saúde mental e o acesso à educação, trabalho e lazer.

Visibilizar os impactos negativos da estigmatização, da discriminação e das situações de vulnerabilidade na saúde mental também foi um consenso, bem como a centralidade do conceito de interseccionalidade para compreender a forma dinâmica como os marcadores sociais de gênero, raça, classe, idade, local de moradia, entre outros interferem na saúde mental de uma pessoa ou de um grupo. Assim, investir em desenvolvimento urbano, social e econômico, bem como em ações de proteção e de reparação voltadas para populações historicamente vulnerabilizadas também é essencial quando se discute a saúde mental e a formação de técnicos em saúde.

Outro tema bastante debatido foi a demanda de trabalhar a saúde mental desde as infâncias e as adolescências, para que os mais jovens aprendam a lidar com suas emoções a partir de perspectivas que valorizem seus saberes e sua autonomia. Nesse sentido, foi possível perceber como a saúde mental deve ultrapassar os limites da perspectiva biomédica e medicalizante e, até, dos serviços de saúde, para se construir na escola, em casa e nas comunidades por meio de estratégias específicas para cada grupo.

Por fim, nesta oficina, mostrou-se essencial compreender a saúde mental como uma abordagem capaz de construir espaços de convivência não discriminatórios e de acolhimento, o que implica que a formação em saúde mental precisa se estender a diversos setores da sociedade.

# OFICINA 4 - INFORMAÇÃO E REGISTROS EM SAÚDE: O PAPEL DOS TÉCNICOS

**CICLO DE OFICINAS**

A formação e o trabalho dos técnicos em saúde no mundo pós-Covid

**Oficina 4** Informação e registros em saúde: o papel dos técnicos

**DEBATEDORAS**

**ABERTURA E MODERAÇÃO**

**Carlos Batistella** (EPSJV/Fiocruz) Brasil

**Sebastián Tobar** (Cris/Fiocruz) Brasil

**Isabel Duré** Opas/OMS

**Alicia Magdalena Maía** (Udelar) Uruguai

**Bianca Borges** (EPSJV/Fiocruz) Brasil

Links para transmissão:  
Português: <https://youtu.be/nCDLpDbaQUg>  
Espanhol: <https://youtu.be/kkolzI9FlDs>

**Data:** 12 de dezembro de 2022  
**Horário:** 10h às 12h (hora de Brasília)

**Logos:** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Centro Colaborador da OMS para a Educação de Técnicos em Saúde, RETS, RETS-CPLP, RIETS, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Aqui somos SUS

12 de dezembro de 2022

Vídeos do evento:

## MESA DE ABERTURA:



### CARLOS EDUARDO BATISTELLA

Coordenador de Cooperação Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz).



### SEBASTIÁN TOBAR

Assessor do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS/Fiocruz).

## NARRATIVAS DAS EXPERIÊNCIAS LOCAIS:



### **ALICIA MADALENA FERREIRA MAIA**

Professora-pesquisadora da Faculdade de Ciências Econômicas e de Administração da Universidade da República (FCEA/Udelar), Uruguai.



### **BIANCA LEANDRO**

Professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Brasil.



### **ISABEL DURÉ**

Consultora em Políticas e Gestão de Recursos Humanos de Saúde da Organização Pan-americana da Saúde, (Opas/OMS).





## PERGUNTAS DINAMIZADORAS

Houve alguma mudança nos sistemas nacionais de informação em saúde por causa da pandemia? Qual o papel dos técnicos na produção de informações para os SIS? Como esse trabalho é percebido pelos técnicos? Quais as maiores dificuldades encontradas para garantir a qualidade da informação? Como se dá a incorporação de instrumentos e recursos tecnológicos no processo de trabalho dos técnicos da Atenção Primária? Em que medida a formação dos técnicos, especialmente daqueles que não são especificamente técnicos da área, considera essa linha de cuidado? Existem iniciativas de formação digital para esses trabalhadores? Em que medida os dados coletados pelos técnicos retornam como informações relevantes para sua atuação nos territórios? Os técnicos e a comunidade participam dos momentos de análise da informação para a tomada de decisão? Eles reconhecem os usos e a importância dos dados coletados para o financiamento e o planejamento da Atenção Primária à Saúde? Quais as informações realmente importantes no contexto de atuação na Atenção Primária em Saúde (APS)? Como são tratadas as informações que não estão nos campos formais das fichas de informação? Qual é o papel dos organismos internacionais frente às demandas de informações e registros em saúde?

## CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Os sistemas de saúde são formados por inúmeros componentes, dentre os quais os centros de saúde, os ambulatórios especializados e as farmácias. Nesses espaços se realizam diversos tipos de ações de atenção à saúde, prevenção, vigilância sanitária, entre outras. Todas as linhas de cuidado devem estar interligadas e interagir adequadamente de forma a proporcionar uma atenção organizada, com práticas voltadas para o atendimento individual e coletivo nos diferentes níveis de atenção à saúde. Para que o cuidado seja integral, com fluxos corretos e em tempo adequado, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são essenciais.

De acordo com a [Organização Mundial de Saúde](#) (OMS), os SIS devem possibilitar coletar, processar, analisar e disponibilizar informações que permitam a gestores em todos os níveis do sistema de saúde identificar problemas e necessidades, bem como auxiliar na tomada de decisões baseadas em evidências sobre a política de

saúde e a alocação dos recursos disponíveis da melhor forma possível. Nesse sentido, podemos considerar a informação como um redutor de incertezas, capaz de apontar prioridades e orientar o planejamento responsável e a execução de ações necessárias. A existência de um SIS mal estruturado e pouco funcional pode resultar em prejuízos para os decisores políticos, os profissionais de saúde e os investigadores no que sabem e no que precisam saber para melhorar a saúde das populações.

O SIS deve ser concebido como produtor de conhecimentos e como descritor de uma realidade, tornando-se um instrumento fundamental para o processo de tomada de decisões, seja na dimensão técnica, seja na dimensão de políticas públicas a serem formuladas e implementadas. Os países com maior capacidade de informação, por exemplo, apresentaram respostas mais eficientes durante a pandemia. Os sistemas de informação devem ser capazes de garantir a obtenção e a transformação de dados em informação. Para tanto é necessário considerar a existência de profissionais envolvidos em processos de coletas, desde aquelas realizadas nos territórios até as recolhidas nos serviços de alta complexidade. Os trabalhadores da saúde ainda atuam em processos de seleção, classificação, armazenamento, análise, divulgação e recuperação de dados, todos esses mediados por um conjunto de tecnologias.

É importante lembrar que essas informações nunca são neutras. Elas refletem as concepções, os valores, os pressupostos, as visões de mundo e, particularmente, a concepção de modelo de atenção à saúde adotado em um país e reproduzido por quem atua na saúde. É primordial, portanto, que os profissionais da saúde de todos os níveis compreendam o papel desses sistemas e sejam formados para contribuir na construção de instrumentos de coletas, na captação correta dos dados e no processamento da informação.

Vale destacar que, para além dos trabalhadores e gestores dos sistemas de saúde, as informações nos SIS serão utilizadas por diferentes setores de governo como educação, meio ambiente, saneamento básico ou ação social, em iniciativas para melhorar a qualidade de vida das populações. Além disso, pesquisadores, organizações populares ou não governamentais, partidos políticos e a própria população de um território também se valem dessas informações.

Esta oficina discutiu alguns aspectos teóricos e práticos sobre as informações e registros em saúde, a partir das experiências locais de nossos convidados.



Nossa intenção foi avaliar de que forma o trabalho dos técnicos em saúde está relacionado a esse tema e em que medida a formação desses trabalhadores tem contribuído para melhorar a construção e o uso dos SIS.

## ABERTURA

Sebastián Tobar, assessor do Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz) deu início ao último encontro do 2º Ciclo de Oficinas lembrando a importância de se discutir o papel dos técnicos em saúde no aprimoramento e utilização dos SIS, considerando como eles podem contribuir para o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde. Em seguida, ele passou a palavra para o coordenador de Cooperação Internacional da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), Carlos Eduardo Batistella.

Batistella fez uma breve reflexão sobre a potência dos SIS para o devido acompanhamento da tensão entre nascimentos, óbitos e adoecimento nas populações. Esses sistemas possibilitam a organização e o planejamento dos serviços de saúde, sobretudo frente às emergências sanitárias, quando respostas rápidas e eficazes se fazem necessárias. A pandemia de Covid-19 é um exemplo recente da importância da informação em saúde para definição de protocolos e

estratégias adequadas, bem como para o desenvolvimento de evidências científicas em tempo oportuno, o que permitiu o enfrentamento dessa nova doença em nível global. “A capacidade de enfrentamento das emergências sanitárias aumenta fortemente em países que possuem sistemas de informações bem estruturados”, ressaltou.

Segundo ele, ao coletar os dados para transformá-los em informações, os trabalhadores da saúde mais uma vez ganham protagonismo e, por essa razão,



**A capacidade de enfrentamento das emergências sanitárias aumenta fortemente em países que possuem sistemas de informações bem estruturados.**

*Carlos Batistella*



devem ser devida e continuamente qualificados a fim de exercerem essa atividade laboral de acordo com as tecnologias disponíveis e as metodologias definidas pelos próprios sistemas.

## **NARRATIVAS DAS EXPERIÊNCIAS LOCAIS**

### ***O SIS COMO POSSIBILIDADE DE ARTICULAÇÃO DO CUIDADO NAS AMÉRICAS***

A primeira experiência foi compartilhada por Isabel Duré, ex-diretora de Capital Humano e Saúde Ocupacional do Ministério da Saúde da Argentina e atualmente consultora em Política e Gestão de Recursos Humanos para a Saúde (RHS) na Opas/OMS, na Equipe Regional de Sistemas de Informação de Recursos Humanos em Saúde e no Campus Virtual em Saúde Pública (CVSP).

Isabel iniciou sua fala lembrando que o objetivo da produção de informações sobre saúde visa apoiar a tomada de decisões no setor e que estamos vivendo um momento histórico marcado, entre outras coisas, pelo aumento do volume de informações disponíveis e pelo crescente número de registros administrativos. Esse fenômeno, segundo ela, pode resultar em “precariedade do excesso” com novos desafios na utilização da informação em saúde, como a sobrecarga no processamento dos dados e as dificuldades de utilizá-los corretamente. “Como orientar sua seleção, priorização e interpretação? Como converter registros administrativos em informações estatísticas?”, perguntou.

De acordo com ela, os SIS ainda são desenvolvidos a partir de soluções isoladas e isso precisa mudar. É preciso identificar outras fontes de dados que contribuem para a construção das informações que, de fato, necessitamos. É preciso avançar em uma estratégia de convergência de ações e interoperabilidade entre os diferentes subsistemas que geram dados para o SIS. A ideia é que para orientar a seleção, a hierarquização e a interpretação dos dados com qualidade é preciso superar as soluções isoladas e investir em validações progressivas, bem como na divulgação das informações. Fortalecer a interoperabilidade depende da existência de trabalho conjunto entre pessoas que operam os diversos sistemas isolados por meio de interação e troca de informações de maneira eficaz e eficiente. “É importante ter consciência de que à medida que nós compartilhamos a informação, ela ganha mais poder, porque é fortalecida através da sua validação”, lembrou.



Para Isabel, a partir de uma abordagem sistêmica, é necessário desenvolver uma visão estratégica sobre os SIS, compreendendo-os como abertos, complexos e parte de outros subsistemas. Portanto, segundo ela, é fundamental pensar a realidade a partir de totalidades, e, dessa maneira, tentar reverter a visão fragmentária e linear que ainda existe. É indispensável tentar dimensionar os problemas de saúde de forma compartilhada e buscar soluções coletivas e

criativas em articulação com diferentes protagonistas e instituições que atuam no e com o campo da saúde. Por meio de processos iterativos, esses diferentes sistemas são retroalimentados, enriquecidos e atualizados quando um dos seus elementos se modifica e acaba gerando transformações nos demais elementos e no estado dos próprios sistemas. Além disso, existem os processos de sinergia, que ocorrem a partir de ações conjuntas nas quais os vínculos entre as partes são organizados entre si para operar com fluidez e permitir a realização das funções programadas e a qualidade dos dados.

No que diz respeito às propostas da Opas para a questão das informações em saúde, ela apresentou as quatro resoluções, ainda vigentes, definidas pelo conjunto de países nas instâncias diretivas da organização e que fixam as prioridades para determinados temas: [Resolução CD59.R1 \(2021\)](#), que apresenta um Roteiro para a transformação digital do setor de saúde na região das Américas; a [Resolução CD59.R2 \(2021\)](#), que define a Política sobre a aplicação da ciência de dados na saúde pública por meio da inteligência artificial e outros; a [Resolução CD57.R9 \(2019\)](#), referente ao Plano de ação para o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde 2019-2023; e a [Resolução CSP29.R4 \(2017\)](#), que traz o Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022.

Isabel salientou a importância do Plano de ação para o fortalecimento do sistema de informação para a saúde 2019-2023, que propõe linhas estratégicas de ação e ferramentas que podem apoiar os países na implementação da Agenda 2030

“

**É importante ter consciência de que à medida que nós compartilhamos a informação, ela ganha mais poder, porque é fortalecida através da sua validação.**

*Isabel Duré*

”

para o Desenvolvimento Sustentável. O Plano reúne informações e orientações sobre quatro linhas fundamentais: 1) Gestão e governança dos SIS. Diz respeito ao marco normativo que delimita a arquitetura necessária para a coleta de informações. Considera a multiplicidade de atores intrainstitucionais envolvidos desde a escolha de quais dados deverão ser coletados à política de acesso aberto aos dados. 2) Gestão de dados e tecnologias da informação. Busca dimensionar o intercâmbio dos dados tecnológicos entre os agentes públicos, facilitando seu acesso. 3) Informação e gestão do conhecimento. Abarca o envolvimento da comunidade científica, dos produtores e dos usuários da informação, tendo em vista a ampliação do acesso à informação. 4) Inovação, integração e convergência. Trata dos modelos metodológicos e ações tecnológicas inovadoras, refletindo sobre o rápido crescimento da internet e, também, da necessidade de formação das equipes de saúde e da participação ativa do setor da saúde no desenvolvimento das estratégias de planejamento, da coleta de dados até a divulgação dos resultados.



### **PLANO DE AÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE**

Alinhado aos objetivos firmados na Agenda de Saúde Sustentável das Américas 2018-2030, o [documento](#) busca apoiar a incorporação e o uso de Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC). Igualmente objetiva fortalecer os Estados Membros com a melhoria dos sistemas de saúde por meio da gestão dos SIS, intercâmbio de informações e gestão de dados.

Fonte: Opas, 2019.

Isabel chamou atenção para o fato de que tanto a Estratégia Global da OMS 2015-2030, em nível global, quanto o Plano de ação de RH para a Saúde Universal, da Opas, no nível regional, consideram a relevância dos sistemas de informação sobre recursos humanos em saúde (SIRHS). De acordo com ela, esses dois documentos inspiram o desenvolvimento da plataforma das [Contas Nacionais da Força de Trabalho em Saúde](#) (CNFTS) da OMS, construída a partir de uma visão do mercado de trabalho em saúde e composta por 81 indicadores.

O conjunto de dados, coletados a partir da visão estabelecida, pode ser dividido em três módulos. O primeiro referente à formação recebida pelos trabalhadores; o segundo módulo com dados do mercado de trabalho – disponibilidade de trabalhadores, fluxos de trabalho etc. – e o terceiro que busca observar se esses trabalhadores estão devidamente preparados para atenderem às necessidades de saúde das populações. Os dados são inseridos na plataforma pelos próprios países e ficam disponíveis para consultas, que podem ser feitas de diferentes formas, como, por exemplo, usando o recorte espacial do Mercosul. Segundo Isabel, a Opas tem trabalhado com os países da região para ver de que forma, a partir dessa plataforma, é possível se implantar uma visão sistêmica dos SIRHS, que vá além de dados que, de forma geral, surgem para resolver problemas administrativos muito específicos.

Nesse sentido, é preciso lembrar que esses recursos humanos englobam pessoas pertencentes a diversas categorias profissionais, que trabalham em estabelecimentos de saúde de natureza distinta, que se situam em diferentes lugares, e, que também buscam se capacitar ao longo do tempo. Dentro de uma visão sistêmica, os SIRHS podem partir de qualquer um desses aspectos. Podem partir do registro profissional desses trabalhadores, do local onde trabalham etc. “Quando trabalhamos com os diferentes países, vamos percebendo o desenvolvimento de seus próprios sistemas e de que forma isso pode acabar contribuindo para a valorização dessa força de trabalho”, explicou.

Como explicou a debatedora, no que se refere à cooperação regional sobre o tema, a Opas tem fortalecido a articulação com a OMS para ser uma referência regional para as CNFTS e a articulação interna com a área responsável pelos Indicadores Básicos e pelos relatórios dos ODS. Além disso, em conjunto com os consultores nacionais e sub-regionais, tem apoiado os países na identificação de atores relevantes e fontes de informação para a elaboração de relatórios sobre os ODS e pela construção de uma abordagem estratégica para seus SIRHS.

A Opas também tem prestado assistência aos países no processo de inserção de dados na plataforma da OMS, especialmente no que se refere à identificação de lacunas regionais com relação às categorias definidas pela OMS para profissões e estabelecimentos. Por quê? A plataforma de contas nacionais da OMS utiliza as definições da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que geralmente refletem a realidade de países do hemisfério norte e, portanto, não contemplam as necessidades das profissões dos países sul-americanos, por exemplo. Por

consequente, tenta-se encontrar as brechas que precisam ser corrigidas na região. Em 2023, a ideia da Opas é trabalhar um mapa das profissões em saúde com os países.

Ao fazer um resumo final do tema, Isabel ressaltou que os SIS são um caminho, não um destino. “Hoje, estamos testemunhando uma mudança nos perfis de trabalho com sistemas de informação, em diferentes níveis. Hoje, todos nós, profissionais de saúde, somos provedores e usuários do SIS. Não há ninguém que não utilize ou que não gere um dado”, enfatizou. Nesse sentido, ela reforçou a necessidade de que todos os trabalhadores da saúde devem ter uma formação mínima para interagir com os sistemas de informação. Além disso, ela sublinhou que o campo da saúde deve olhar para esses sistemas a partir de uma visão estratégica, que busca reconhecer atores, fontes e cenários capazes de ajudar na construção de sistemas dinâmicos e colaborativos, em permanente inovação e com regulações específicas para definir padrões capazes de gerar novos registros e fontes num contexto em que possa compartilhar informações. “Uma vez que o objetivo de qualquer SIS deve ser promover o uso de dados para tomar decisões eficazes e melhorar as condições de saúde, uma atenção especial deve ser dada à questão da comunicação para a ação”, salientou. Sobre o trabalho no nível regional ela voltou a citar que é essencial realizar a produção de evidências comparáveis e o compartilhamento de boas práticas, por meio da Cooperação Sul-Sul. Por fim, ela destacou que a existência de um SIS requer o desenvolvimento de uma arquitetura sustentável e que isso depende de investimentos nessa área.

Acesse a [apresentação](#) de Isabel Duré na oficina.

“

**Hoje, estamos testemunhando uma mudança nos perfis de trabalho com sistemas de informação, em diferentes níveis. Hoje, todos nós, profissionais de saúde, somos provedores e usuários do SIS. Não há ninguém que não utilize ou que não gere um dado.**

*Isabel Duré*

”

## A EXPERIÊNCIA DA FORMAÇÃO EM REGISTROS MÉDICOS

Alicia Madalena Ferreira Maia é médica, com mestrado em Políticas e Gestão de Serviços de Saúde. Trabalhou como professora na Escola Universitária de Tecnologia Médica da Universidade da República (EUTM/Udelar). Atualmente, leciona na Faculdade de Ciências Econômicas e Administração (FCEA), também da Udelar.

A professora iniciou sua participação fazendo uma breve apresentação da EUTM, que é parte da Faculdade de Medicina da Universidade da República. Com uma história que começa em 1950 e durante a qual recebeu algumas denominações distintas, a EUTM forma técnicos de nível superior, tecnólogos e/ou licenciados, dependendo da duração do curso, em 18 carreiras, dentre as quais a de registros médicos.

Reiterando a importância de todos os profissionais ou futuros profissionais que estão vinculados à área da saúde terem formação em SIS no seu currículo, ela ressaltou a existência de uma licenciatura específica sobre esse tema, com quatro anos de duração e possibilidade de saída intermediária após os dois primeiros anos, como tecnólogo de registros médicos. O currículo engloba disciplinas comuns a todos os cursos da EUTM, dentre elas, metodologia de investigação científica e saúde pública, além de disciplinas específicas, tais como administração, ciência e terminologia médica, processamento de imagens, registros médicos, estatísticas de assistência médica, entre outras. Alguns conteúdos dessas disciplinas existem há muitos anos e outros são mais recentes, como a informática, por exemplo. Além disso, o conteúdo é organizado de forma que esses trabalhadores, cuja função é administrar e aprimorar os sistemas de informação, possam estar sempre incorporando as competências necessárias ao seu exercício profissional. “Eu penso que esse é um recurso humano muito valioso que eu, pelo menos pessoalmente, acredito ser pouco valorizado, pelo menos aqui no Uruguai”, afirmou Alicia.

Uma vez formados, esses profissionais estão aptos a cumprir diferentes funções, dentre as quais: gestão e conservação dos registros médicos; registro dos pacientes na admissão, transferência/internação, bem como manutenção do recenseamento diário dos pacientes internados; registro dos pacientes nas consultas externas e na coordenação cirúrgica; estatísticas assistenciais (nos diferentes níveis de cuidados); codificação das altas hospitalares; e apoio em auditorias médicas. No caso dos licenciados, eles ainda podem assumir a chefia ou direção de um serviço

de registros médicos ou colaborar em outras atividades existentes no marco dos SIS. Para exemplificar a importância desses trabalhadores, Alicia comentou sobre a questão da codificação das saídas hospitalares, que gera estatísticas vitais para a administração pública, e lembrou de como isso ganhou protagonismo na época da pandemia. “Naquele momento, foi fundamental codificar a diferença crucial entre as mortes de pessoas com Covid e as mortes causadas por Covid”, ressaltou.

Em um apanhado histórico da profissão, ela lembrou que antes da informatização dos registros da saúde, os técnicos em registros médicos eram responsáveis por sistematizar e codificar diagnósticos, consultas, exames e fluxos do pessoal da saúde, além de arquivar todo esse material. Para isso, muitas vezes precisavam inclusive compreender a letra dos médicos, quase sempre ininteligível. Os arquivos acabavam abrigando um enorme volume de pastas que ocupavam grandes espaços nas instituições de saúde e eram difíceis de serem consultadas. Ao longo do tempo, o campo se modernizou e, em 2012, foi implantada no Uruguai, a **História clínica eletrônica nacional**.



### HISTÓRIA CLÍNICA ELETRÔNICA NACIONAL

Conta com um modelo unificado que busca promover e melhorar a continuidade do cuidado dos usuários do sistema de saúde, assim disponibiliza as informações clínicas a qualquer centro assistencial do país. A [História clínica eletrônica nacional](#) é um trabalho desenvolvido há mais de dez anos em prol do intercâmbio de informações e de uma interpretação correta por parte dos sistemas de informação de cada organização de saúde do país, implicando em uma atenção mais segura e integral.

Fonte: Uruguai, (s.d.).

Segundo Alicia, outra característica do SIS nos dias atuais diz respeito à popularização das TIC nos ambientes da saúde. A consequência disso é que diferentes profissionais com seus jargões e fluxos de trabalho específicos passaram a alimentar os sistemas de forma independente. Por conta disso, foi necessário

criar modelos de informação unificados, com terminologias comuns e dicionários da saúde inseridos no próprio sistema. Essa transformação da linguagem natural, utilizada nos serviços de saúde, em códigos comuns que possam ser processados pelo sistema de informação a fim de melhorar a sistematização e aprimorar as estatísticas geradas, é resultado de um processo coletivo de trabalho que reúne profissionais em registros médicos e da ciência da computação, mas também inúmeros atores institucionais, dentre os quais representantes do Ministério da Saúde, da Agência do Governo Eletrônico. Há, portanto, uma progressão da linguagem natural para o vocabulário da interface do sistema, que apresenta uma série de sinônimos para o médico escolher o termo mais adequado ao seu caso clínico. A partir daí, esses vários termos são reunidos em um vocabulário de referência, que utiliza nomenclaturas comuns que podem ser codificadas e classificadas a fim de permitir que o sistema gere resultados mais confiáveis.

A professora enfatizou a necessidade de se investir na formação, tendo em vista a demanda por novas competências ligadas ao surgimento de novas linguagens de programação e às atualizações frequentes no campo das tecnologias de informação, mas também pela necessidade de aprimorar a qualidade das pesquisas nessa área do conhecimento. Como exemplo, destacou as pesquisas com **Dados da Vida Real (RWD)\*** e estudos na área da Saúde Pública Baseada em Evidências, bem como a gestão de servidores de terminologias com vocabulários de interface e de referência (SNOMED-CT).

“Mais do que nunca, é fundamental formarmos profissionais especializadas em Ciência de Dados (Data Science) e em **Data Wrangling\*\***, bem como no manejo de **Big Data\*\*\*** e **Data Lake\*\*\*\***. É necessário melhorar a ‘Histórica clínica eletrônica’

“

**É necessário melhorar a Histórica clínica eletrônica para poder melhorar a pesquisa na nossa vida real.**

*Alícia Maia*

”

\* Dados de uma população heterogênea ou de pacientes em ambientes do mundo real. Esses dados são provenientes de fontes distintas, tais como: registros eletrônicos de saúde, faturas de pagamento de serviços de saúde e dispositivos móveis de monitoramento biométrico que coletam e armazenam grandes quantidades de dados relacionados à saúde dos usuários.

\*\* Processo de transformar e manipular dados “crus”, assegurando sua qualidade e usabilidade.

\*\*\* Área do conhecimento que estuda como tratar, analisar e obter informações a partir de conjuntos de dados muito grandes.

\*\*\*\* Repositório utilizado para armazenar todos os dados estruturados e não estruturados do sistema.



para poder melhorar a pesquisa na nossa vida real”, explicou, reiterando que o trabalho multidisciplinar na definição das variáveis deve envolver profissionais da saúde, especialistas em sistemas de informação, estatísticos, pesquisadores e pacientes para que haja bases sólidas capazes de construir evidências de vida real.

A formação de técnicos e licenciados com conhecimentos específicos em SIS é uma importante mais-valia para os sistemas de saúde, uma vez que esses trabalhadores são capacitados para transformar a ‘História clínica eletrônica’ em códigos, de acordo com a classificação internacional das doenças e, depois, em dados estatísticos.

Também é imperativo integrar esses profissionais às equipes multidisciplinares que desenvolvem, implementam e gerenciam os SIS, a fim de melhorar a qualidade dos registros e, conseqüentemente, dos resultados. Por tudo isso, ela reafirmou que acaba se tornando fundamental a atualização e o reforço contínuo da formação em ferramentas tecnológicas atuais (e futuras), que possibilitem acompanhar as rápidas mudanças nos sistemas de informação. O problema, de acordo com a professora, é que muitas vezes, como ocorre no Uruguai, são os próprios trabalhadores que arcam com as despesas de novas formações. No entanto, a educação permanente deveria ser garantida pelo setor público, uma vez que o trabalho de qualidade no campo da informação em saúde tem impacto positivo para toda a sociedade.

Acesse a [apresentação](#) de Alícia Magdalena na oficina.

## **O PAPEL DAS TRABALHADORAS E TRABALHADORES DA SAÚDE NOS SIS**

A última convidada deste ciclo de oficinas foi a professora-pesquisadora da EPSJV/Fiocruz Bianca Leandro, técnica de nível médio em Gestão em Serviços de Saúde e bacharel em Saúde Coletiva, com mestrado em Vigilância em Saúde. Para iniciar, ela lembrou que, na área da saúde, qualquer tipo de informação e registro sempre será uma representação limitada de um evento, agravo, atributo ou dimensão de uma situação específica de saúde-doença-cuidado. Isso significa que toda informação depende da perspectiva de determinado profissional e de um recorte sobre o que foi possível conhecer e registrar sobre uma doença e seu cuidado em um indivíduo ou em uma população.



No caso dos SIS, uma questão fundamental é: como agregar informações capazes de colaborar para a integralidade do cuidado de modo seguro e eficaz? Para responder a essa pergunta, Bianca trouxe de Davenport o conceito de “ecossistema da informação”, segundo o qual a informação em saúde não se produz e não se processa fora de um contexto/ambiente mediado por atores, organizações e tecnologias. Por sua vez, cada um desses elementos reflete as concepções, os valores, as intenções, a visão de mundo e outras particularidades. Bianca salientou que a realidade não é estática, mas sim complexa, dinâmica, mista e não compartimentalizada e que, ainda que os mesmos dados sejam identificados e utilizados por diferentes pessoas, cada uma delas vai combiná-los de uma forma diferente e construir sua própria interpretação. De acordo com ela, a diversidade de processamento e usos das informações mostram que os dados não falam por si, mas que são ferramentas que ajudam os trabalhadores, tomadores de decisão e a sociedade, a partir de suas próprias referências, a interpretar os registros das situações da saúde.

A partir dessa introdução, Bianca Leandro falou sobre o desafio de lidar com os SIS no Brasil, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) é universal. Isso implica pensar a produção de informação em saúde para todas as pessoas e, ao mesmo tempo, considerar as grandes desigualdades nas condições de vida e a necessidade de construir a equidade e a integralidade que caracterizam esse sistema. Por tudo isso, segundo ela, a mediação dos trabalhadores de saúde é tão importante quanto as tecnologias utilizadas para a coleta, processamento e acesso às informações do setor. De acordo com a professora, trabalhar com um sistema de informação vai muito além de saber utilizar um aplicativo, pois diz respeito a um conjunto de lógicas e a um processo de trabalho complexo, no qual os trabalhadores da saúde são elementos fundamentais. Além disso, ela destacou que, como essa área envolve diversas pessoas e serve a muitas finalidades, acaba se tornando um campo de disputas, seja pela opção do fluxo do processo de trabalho, seja pela priorização de quais informações são mais relevantes.

Bianca ressaltou que entre *softwares*, *hardwares* e informações clínicas, é preciso refletir sobre o trabalho específico e transversal que envolve todos os profissionais que utilizam um sistema de saúde, sejam eles de nível médio ou superior. A transversalidade se refere às possibilidades de perceber, indicar e registrar quais são as informações mais importantes, bem como os usos que fazem das informações registradas para propor ações de cuidado. Já a especificidade ocorre na medida em que existem profissionais que trabalham com o propósito de produzir

informações de qualidade, enquanto outros armazenam o dado e cuidam tanto do próprio sistema, quanto de toda a documentação produzida. “Há técnicos cuja finalidade do trabalho é o devido cuidado, tratamento e processo de produção da informação em saúde, enquanto outros usam a informação em saúde de forma transversal. Todos eles, no entanto, precisam estar devidamente qualificados”, afirmou a professora.

Bianca reconheceu a importância de uma formação instrumental e prática, mas defendeu que um processo formativo capaz de fazer os futuros profissionais refletirem sobre os SIS, de complexificar e acompanhar seus avanços também é fundamental. Nesse sentido, a formação de um trabalhador da saúde, tanto daquele que utilizará o sistema de forma transversal quanto daquele que irá trabalhar especificamente com os SIS, deve incluir temas como manipulação e uso de dados, segurança e sigilo, privacidade e proteção de dados em sua matriz curricular.

Apesar da importância do campo e do engajamento dos trabalhadores para manter atualizado e com qualidade o trabalho informacional e de registros, a lógica do “aprender fazendo” ainda se perpetua. Isso, segundo ela, pode reduzir a possibilidade de reflexão dos profissionais sobre o que e como se faz a coleta, codificação e processamento do dado, bem como sua capacidade de análise para a tomada de decisões. É essencial que os trabalhadores da saúde não sejam reduzidos a meros coletores de dados. Mais do que recenseadores, eles são profissionais que coletam dados contextualizados em sua prática e, por isso, devem ser devidamente qualificados para serem capazes de analisar as informações que recebem e inserem no SIS.

“

**Há técnicos cuja finalidade do trabalho é o devido cuidado, tratamento e processo de produção da informação em saúde, enquanto outros usam a informação em saúde de forma transversal. Todos eles, no entanto, precisam estar devidamente qualificados.**

*Bianca Leandro*

”

No Brasil, entre os principais profissionais que atuam na área, destacam-se: 1) os técnicos em registro e informações em saúde, formação que, a despeito de sua importância, ainda é oferecida por poucas instituições brasileiras; 2) os técnicos em informática, profissionais imprescindíveis para o SIS, mas que carecem de formação no campo da saúde; 3) os técnicos em enfermagem, que atuam na assistência direta e que são responsáveis pelo preenchimento de uma grande quantidade de fichas com dados para os sistemas de informações; 4) os agentes comunitários de saúde (ACS) e os agentes de vigilância em saúde, os quais são estratégicos para os SIS, sobretudo na APS, em função dos componentes informacionais e comunicacionais que eles acessam ao integrar a população com as equipes de saúde; 5) os técnicos em gerência em saúde, que trabalham nos processos de gestão e utilizam as informações para apoiar a tomada de decisão. No Brasil, há ainda a figura dos auxiliares de saúde, em sua maioria de nível médio e sem nenhuma formação específica, mas que aprendem na prática a trabalhar com os SIS e com a gestão de documentos e arquivos.

De acordo com Bianca, a complexidade de um país amplo e diverso, com uma infinidade de realidades de sistemas e serviços de saúde, faz com que a área de informações e registros em saúde se apresente como um mosaico de possibilidades. No caso do uso das TIC na saúde, essa desigualdade torna a questão bastante complexa.

“Não é possível pensar em um modelo único de coleta e de registro em saúde se os cenários são tão diversos”, afirmou. “Alguns municípios contarão com grandes inserções tecnológicas, mas há cenários onde o papel ainda é a tecnologia mais utilizada”, enfatizou.

A diversidade de territórios do país e as especificidades dos serviços de saúde demonstram a demanda por SIS abertos e fechados, como ocorre na APS no Brasil. É considerado um SIS fechado aquele mais estruturado com pouca abertura para alterações e menos especificidades. Esse modelo geralmente é utilizado para coletar informações do nível local ao nível nacional. Já os SIS abertos e específicos são capazes de lidar com distintas realidades e produzir informações



**Alguns municípios contarão com grandes inserções tecnológicas, mas há cenários onde o papel ainda é a tecnologia mais utilizada.**

*Bianca Leandro*



mais contextualizadas. Na APS, essa face do SIS está apoiada na atuação dos agentes comunitários, um trabalhador transversal na produção, análise e uso da informação e saúde, e que geram dados tanto para os profissionais das unidades básicas de saúde atuarem a nível local, quanto para o **Sistema de Informação para a Atenção Básica (Sisab)**.



### **SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A ATENÇÃO BÁSICA (SISAB)**

Instituído em 2013, o [Sisab](#) é parte da Estratégia da Saúde da Família e compõe o SIS nacional denominado e-SUS. Está voltado para a gestão da informação, automação dos processos e melhoria da gestão das condições de infraestrutura e dos processos de trabalho da APS. Os dados alimentados no Sisab são utilizados para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Nos serviços de saúde, as suas informações sobre uma população podem ser acessadas por meio de relatórios e indicadores filtrados por estado, município, região de saúde e equipe de atenção.

Fonte: Brasil, 2023.

Bianca explicou que os ACS muitas vezes utilizam um caderno para organizar seu sistema aberto de informações, ou seja, para registrar o que eles observam e conhecem a partir do diálogo com a população e com a própria equipe de saúde. É comum, eles construam lógicas próprias para esses registros de modo a atender as demandas da sua região. Essas informações junto daquelas registradas no Sisab permitem guiar o trabalho dos próprios agentes e das equipes de saúde.

O ideal, no entanto, é que a produção dessas informações seja realizada de maneira crítica. O ACS, por exemplo, além de contribuir na coleta, pode colaborar na análise dos dados, informações e registros coletados e sistematizados. Por seu trabalho nos domicílios, ele conhece as informações das pessoas de modo contextualizado, o que amplia seu conhecimento sobre as condições de vida da população que está sob sua responsabilidade sanitária. “Reconhecer essa dimensão

reforça o protagonismo desses profissionais em todo o processo de trabalho que envolve as informações e registros em saúde”, salientou a pesquisadora.

Bianca também ressaltou que a qualidade do SIS não depende exclusivamente dos profissionais de saúde, pois é influenciada pela disponibilidade de recursos materiais e de pessoal, por decisões políticas, acesso a tecnologias, investimentos na formação e qualificação dos trabalhadores e trabalhadoras e pela integração entre diferentes sistemas de informação.

Para concluir, ela listou alguns desafios relacionados à valorização das informações e dos registros em saúde, apontando que o principal deles é a necessidade de se compreender os SIS como estruturantes dos sistemas nacionais de saúde. Essa premissa auxilia a pensar na gestão da informação e na formação teórico-prática como caminhos para ultrapassar uma perspectiva exclusivamente instrumental e administrativa e a compreender que a informação e o registro em saúde são componentes do próprio cuidado em saúde. É importante destacar ainda que os dados coletados interessam aos serviços de saúde, mas também a toda a sociedade, o que reforça a necessidade de se criar mecanismos para melhorar não apenas a qualidade das informações, mas também seu acesso por diferentes públicos.

Acesse a [apresentação](#) de Bianca Leandro na oficina.

Saiba mais:

- [Informações e registros em saúde no processo de trabalho do ACS](#)
- [Ciclo de webnários sobre Informações e Registros em Saúde: os trabalhadores do SUS frente aos desafios da atualidade](#)

## SÍNTESE DO DEBATE

Nesta última oficina do 2º Ciclo foi possível debater sobre o quanto os SIS são essenciais para os sistemas nacionais de saúde. Ficou evidente sua importância no campo da governança, enquanto subsídio para políticas públicas mais eficientes; e nos processos de trabalho, na perspectiva da saúde integral. Os profissionais de saúde, por exemplo, quando têm acesso às informações que produzem podem avaliar a dinâmica do seu trabalho, analisar a efetividade do cuidado ofertado ou decidir em equipe e em tempo oportuno quais são as ações de saúde

mais adequadas. Já pesquisadores e gestores podem comparar as estratégias desenvolvidas em um serviço ou em um sistema nacional de saúde ou entre diferentes países, como é feito pela Opas/OMS.

Conforme destacou Sebastián Tobar, “os SIS ultrapassam as fronteiras de um país. Enquanto um tema pertinente à saúde global, trazem desafios relacionados à coleta de dados e ao compartilhamento das informações. Esses sistemas mobilizam diferentes países e organismos internacionais, engajados em garantir a saúde universal, intercultural e com equidade”. Segundo ele, as informações registradas, quando utilizadas pelos blocos regionais, por exemplo, demandam um trabalho conjunto capaz de organizar quais dados os diferentes países devem coletar e como compartilhá-los.

No caso dos sistemas de informações sobre a força de trabalho do setor, um trabalho de harmonização das nomenclaturas de carreiras e profissões de saúde, entre outros indicadores, torna possível identificar as informações comuns entre os países sem perder o que é específico de cada um. Para Isabel Duré, um exemplo disso tem sido o esforço da Opas para o mapeamento de uma matriz mínima de profissionais da saúde no Mercosul. Esse caso, de acordo com ela, tornou possível perceber como os países signatários conseguiram adequar seus registros nacionais para buscar atender as necessidades do bloco. Além disso, reforçou a necessidade de se traçar estratégias comuns para coletar os dados de forma coordenada, registrá-los adequadamente e transformá-los em informações comparáveis pelo bloco regional.

“

**Os SIS ultrapassam as fronteiras de um país. Enquanto um tema pertinente à saúde global, trazem desafios relacionados à coleta de dados e ao compartilhamento das informações. Esses sistemas mobilizam diferentes países e organismos internacionais, engajados em garantir a saúde universal, intercultural e com equidade.**

*Sebastián Tobar*

”

A partir das narrativas das experiências locais, foi possível perceber, ainda que os técnicos em saúde apresentem especificidades relacionadas à forma de lidar com os SIS, é preciso superar a lógica da terceirização e da invisibilidade desses trabalhadores para melhorar a coleta, a análise e a gestão da informação a médio e a longo prazo. A pandemia de Covid-19 e a mobilização dos trabalhadores técnicos fortaleceram a discussão sobre a precarização do seu trabalho, seja relacionada às formas de contratação, a remuneração ou a seus processos de trabalho. De tal maneira, tornou-se urgente no campo das políticas de recursos humanos dos países o desenvolvimento de marcos legais de proteção desses profissionais técnicos, auxiliares ou agentes comunitários. Incluir os técnicos em saúde na gestão dos SIS e em outras funções de protagonismo tanto na atenção hospitalar quanto na APS também foram estratégias debatidas na oficina.

Sobre o fluxo do trabalho dos técnicos, um dos consensos é que o investimento na qualidade da coleta de dados precisa ser um compromisso da governança, das instituições de saúde e de seus profissionais. Além de tempo para coleta de dados adequada e oportuna, é importante que haja períodos reservados e métodos validados para a análise das informações disponíveis. Somente dessa forma, os trabalhadores podem refletir sobre a própria prática, especialmente no contexto da atenção primária e da saúde comunitária. Do mesmo modo, para contribuir na melhoria das condições de trabalho, foi pautada a necessidade de oferecer os aparatos tecnológicos, como computadores, tablets e acesso à internet, respeitando as especificidades de cada território.

Outra unanimidade entre os participantes foi que o aprimoramento dos SIS depende da qualidade da formação dos profissionais, considerando as diferenças entre os níveis educacionais, as categorias laborais e os territórios onde atuam. Para além das formações específicas da área, é importante que o tema dos registros e da informação em saúde também seja incluído em cursos de formação inicial ou continuada, de forma a atender tanto a necessidade de estudantes quanto a de profissionais que já atuam nos serviços. Também é pertinente que os cursos de atualização considerem os avanços tecnológicos, mas também a visão crítica sobre o tema. No debate também foi defendida uma formação interprofissional, que reflita o cotidiano dos serviços, como oportuna para pensar o planejamento do trabalho e a coleta de dados, bem como a análise da informação e a tomada de decisão. Estratégias de educação permanente, de mobilização das equipes e de valorização da informação podem construir uma cultura relacionada à informação em saúde entre os profissionais e, assim, fortalecer o registro como parte do cuidado.



Qualificar o trabalho dos técnicos para melhorar os registros e a informação em saúde também foi apontado como fundamental para que possamos contar com dados de qualidade para as pesquisas científicas, bem como no uso da história clínica digital, que permite maior continuidade dos cuidados em saúde. Para haver maior efetividade nesse acompanhamento e contemplar as particularidades dos contextos locais, é preciso incluir os técnicos de saúde desde o momento da formulação dos instrumentos de coleta de dados.

As debatedoras concordaram que é imprescindível haver maior regulação para os SIS, sobretudo aqueles geridos pela iniciativa privada. É preciso que as empresas de tecnologia da informação cumpram protocolos claros relacionados à privacidade e à preservação de dados. Também é essencial que a governança dos sistemas seja pública, desde seu planejamento às formas de acesso e divulgação dos dados e informações. Isso pode fazer com que os SIS considerem questões interculturais, por exemplo, e sejam capazes de registrar e dar visibilidade às informações das populações tradicionais.

Por fim, ficou evidente a necessidade de tornar públicas todas as informações disponíveis para que profissionais, tomadores de decisão, pesquisadores, organizações da sociedade civil e a própria população possam acompanhar as condições de saúde em seu país e no mundo como um todo.

# 3

## **CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

# RECOMENDAÇÕES

Esta seção traz uma síntese dos temas discutidos no Ciclo de oficinas “A formação e o trabalho dos técnicos em saúde no mundo pós-Covid”, a partir de uma abordagem propositiva. Nesse sentido, apresenta sugestões e recomendações capazes de contribuir para o aprimoramento da formação dos técnicos em saúde, a melhoria de suas condições de trabalho e, conseqüentemente, para o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde.

As oficinas, organizadas pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) em parceria com a Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS) e suas sub-redes, representam momentos privilegiados para a troca de conhecimentos e experiências. Este ciclo, no qual foram debatidos temas como Atenção Primária à Saúde (APS), interculturalidade, saúde mental e Sistemas de Informação em Saúde (SIS), serviu para reiterar que, apesar das especificidades de países e instituições, sempre há possibilidade de cooperação técnica e de construção coletiva de novos saberes capazes de ajudar a transformar objetivos comuns em realidade. A iniciativa como um todo e os debates realizados estão sempre ancorados na ideia de que saúde e educação são direitos universais e no pressuposto de que a qualificação dos trabalhadores é uma dimensão fundamental para a implementação de políticas públicas que atendam às necessidades das populações e contribuam para a consecução das metas de saúde global estabelecidas pela Agenda 2030.

Como Centro Colaborador da Opas/OMS para a Educação de Técnicos em Saúde e Secretaria Executiva da RETS, a EPSJV/Fiocruz acredita na importância de deixar registradas as pautas trazidas pelos convidados em suas apresentações, bem como as contribuições que surgiram a partir dos debates realizados com o público dos eventos. As recomendações foram organizadas segundo quatro dimensões – formativa, laboral, político-institucional e de cooperação internacional – e são dirigidas a um público diverso formado, entre outros, por integrantes de instituições de saúde e de formação de técnicos para o setor, gestores, formuladores de políticas públicas e tomadores de decisão.

## DIMENSÃO FORMATIVA

- Privilegiar a formação de estudantes e a qualificação de trabalhadores que já atuam nos serviços de saúde com foco nos contextos de vida e determinações sociais interseccionadas, fortalecendo a ideia da saúde como um processo sócio-histórico, político, cultural e ambiental. Essa proposta torna mais evidentes os processos de saúde-adoecimento-cuidados e permite considerar cenários sanitários específicos com atenção à intersecção entre classe, local de moradia, raça, gênero e outras questões que geram desigualdades e privilégios.
- Formar técnicos interessados em atuar na saúde pública, especialmente na APS, que compreendam a importância de uma atuação profissional voltada para ações preventivas e para o trabalho junto às comunidades e populações específicas. Esse tipo de formação, que prioriza as perspectivas educacionais interculturais, humanistas e baseadas no território, deve se contrapor ao modelo meramente tecnicista ainda muito comum, sobretudo em instituições privadas de ensino, responsáveis pela formação da maioria dos trabalhadores que atuam no setor. Processos formativos que envolvam conhecimentos de base científica e tecnológica, mas também de cunho humanístico são essenciais para que esses trabalhadores possam se tornar agentes de transformação social.
- Considerar a formação interprofissional como uma maneira de preparar os estudantes para o cotidiano de trabalho nos serviços de atenção. Estratégias da formação inicial à educação permanente que priorizem a mobilização das equipes podem construir uma cultura de respeito e contribuir para o trabalho colaborativo entre profissionais de diferentes formações e saberes. Tal medida pode favorecer a cooperação no ambiente laboral, desde o planejamento dos processos até a tomada de decisão sobre o cuidado a ser prestado ao usuário, passando pela coleta e análise das informações disponíveis.
- Conceber conteúdos formativos que permitam discutir os impactos negativos da estigmatização, da discriminação, do racismo e das situações de vulnerabilidade na saúde. Práticas discriminatórias e estigmatizantes contra usuários que buscam os serviços de saúde são totalmente contrárias à ideia de saúde universal. Nesse sentido, é essencial que teorias e práticas inclusivas sejam trabalhadas de forma transversal e específica nos currículos em todos os níveis da formação em saúde.
- Pensar currículos e metodologias de ensino-aprendizagem abertos às

diferenças regionais e às necessidades locais. Considerar que os processos formativos devem estar atentos aos técnicos que atuam nos territórios ou em locais isolados e que geralmente assumem diversas funções a fim de atender às demandas de grupos populacionais e contextos específicos.

- Inserir a perspectiva intercultural em todos os níveis de formação: dos técnicos aos demais profissionais de saúde. Esse desafio pedagógico e metodológico pode contribuir com a articulação entre a racionalidade biomédica e diferentes cosmogonias e epistemologias, o que facilita a superação de estereótipos e o entendimento da dinamicidade das culturas e das vivências das diferentes populações. O ensino de línguas nativas e a compreensão dos conhecimentos tradicionais, baseados em outros paradigmas de saúde podem qualificar a atuação desses trabalhadores, sem a desvalorização da identidade étnico-cultural e do pertencimento comunitário e ancestral de povos específicos, ao mesmo tempo em que auxiliam a compreender e respeitar mudanças culturais vividas por essas populações.
- Considerar a inclusão de autores, visões de mundo e práticas de saúde do pensamento pós-colonial e decolonial na formação dos técnicos, de forma a estimular a discussão de processos de saúde-doença-cuidados que valorizem a produção de conhecimentos e as práticas desenvolvidas no eixo Sul-Sul. Essa práxis pode colaborar com a mudança de práticas de atenção nos sistemas nacionais de saúde e contribuir para atenuar as desigualdades históricas que se perpetuam na América Latina e na África ou com as pessoas dessas regiões em diáspora.
- Formar técnicos que, na área da saúde mental, estejam aptos a trabalhar com diferentes perfis de usuários da saúde, promovendo atenção psicossocial por meio de práticas comunitárias desde as infâncias e as adolescências. No mundo pós-pandêmico tornou-se ainda mais necessário que os mais jovens aprendam a lidar com suas emoções a partir de perspectivas que valorizem seus saberes e sua autonomia.
- Incluir, nos cursos de formação ou qualificação profissional, disciplinas ou conteúdos que preparem os estudantes para o surgimento de novas linguagens, conhecimentos e tecnologias utilizadas no campo da informação e registros em saúde. Para além das formações específicas da área, é importante que esse tema esteja presente, em alguma medida, na formação inicial ou em cursos de educação continuada de todos os profissionais do setor saúde. Esse tipo de medida é essencial para melhorar a inserção de dados nos sistemas de

informação e saúde, bem como para aprimorar o uso dessas informações, a partir de uma visão crítica sobre o tema.

- Incorporar temas como manipulação e uso de dados, segurança e sigilo, privacidade e proteção de dados na formação de técnicos em carreiras que não sejam específicas da área de informação em saúde. A proposta visa evitar que os trabalhadores façam uso indevido de informações disponíveis nos sistemas de informação, ocasionando danos a usuários dos sistemas de saúde e problemas legais para si mesmos e para os gestores dos sistemas.

## **DIMENSÃO LABORAL**

- Reconhecer a importância dos técnicos e agentes de saúde como motivadores de uma cultura para a saúde comunitária e como importantes elos entre o sistema de saúde e a população. Por compor o maior contingente de recursos humanos de saúde, os técnicos geralmente estão presentes em todos os níveis de atenção e em todo o território nacional, incluindo áreas remotas e negligenciadas. Isso significa um enorme volume de conhecimentos específicos e uma vasta experiência de trabalho em comunidade, geralmente com populações mais vulneráveis.
- Investir na integração do pessoal técnico às equipes de saúde e na geração de competências profissionais interdisciplinares. Ações para integrar os recursos humanos da saúde podem melhorar as condições de trabalho, o desempenho individual e da equipe e impactar positivamente nas capacidades institucionais e na satisfação dos usuários dos serviços.
- Priorizar o cuidado de saúde primário, familiar e comunitário, com base no conhecimento local e nos determinantes sociais de saúde. Para garantir o acesso universal à saúde é essencial que, mesmo nos territórios mais remotos, todos possam exercer seu direito à saúde integral, de qualidade e com respeito às suas tradições e suas vinculações coletivas.
- Empreender ações que busquem eliminar as desigualdades e privilégios existentes nos serviços de saúde, reconhecendo como as condições socioeconômicas, raciais e de gênero afetam os técnicos em geral e se tornam ainda mais significativas para as mulheres. Elas sofrem com a dupla jornada de trabalho e com situações de vulnerabilidade relacionadas ao gênero. A precarização dos vínculos e a desconsideração do trabalho exercido pelos técnicos geralmente refletem as desigualdades históricas e estruturais

relacionadas a esses trabalhadores oriundos, na maior parte das vezes, de camadas menos favorecidas da sociedade.

- Ampliar a representatividade dos praticantes da medicina tradicional nos diferentes espaços da saúde, inclusive nos momentos de tomada de decisão, respeitando a diversidade de povos. Para que a saúde intercultural seja fortalecida nos sistemas nacionais de saúde é importante que as lideranças e profissionais vindos das populações tradicionais tenham garantidos seus direitos ao trabalho, à fala e à tomada de decisão, não apenas nos espaços de participação social, mas também enquanto recursos humanos da saúde.
- Promover ações de articulação entre as formas de cuidado biomédicas, comunitárias e tradicionais com foco na sensibilização junto aos profissionais da medicina convencional. Para ultrapassar as perspectivas discriminatórias e melhorar a articulação entre a prevenção e o tratamento de doenças e, também, a preservação cultural e da vida humana, é preciso que a medicina convencional e a medicina tradicional sejam complementares.
- Apoiar a realização de pesquisas e o registro das práticas de saúde tradicionais para que essas populações possam exercer o cuidado intercultural com respeito aos padrões de segurança e de qualidade, ao mesmo tempo em que preservam seus saberes sem condicioná-los às lógicas da biomedicina. É importante que esses estudos, que tendem a colaborar com a prevenção e o tratamento de doenças, a vigilância e a promoção da saúde, e com a preservação do patrimônio cultural e ambiental, não sejam balizadas apenas pelos limites e lógicas da ciência ocidental.
- Valorizar o papel que os técnicos podem desempenhar na área de saúde mental. Especialmente quando a atenção ultrapassa os limites da perspectiva biomédica e medicalizante e, até mesmo, dos serviços de saúde, para se construir na escola, em casa e nas comunidades.
- Desenvolver uma visão estratégica sobre os SIS, compreendendo-os como abertos, complexos e parte de outros subsistemas. É fundamental pensar os SIS como sistemas integrados, e, dessa maneira, tentar reverter a visão fragmentária e linear que ainda existe. Isso permite dimensionar os problemas de saúde de forma compartilhada e buscar soluções coletivas e criativas em articulação com diferentes protagonistas e instituições que atuam no e com o campo da saúde.
- Integrar os técnicos com formação específica na área de informação em saúde às equipes multidisciplinares que desenvolvem, implementam, gerenciam e



alimentam os SIS. Essa medida pode ajudar a enriquecer o trabalho conjunto entre pessoas que operam os diversos sistemas isolados, a partir da visão daqueles que geralmente coletam informações nos serviços de saúde ou no território e as inserem nos sistemas. Tal medida pode ajudar a melhorar a qualidade dos registros e a interoperabilidade entre os vários sistemas e subsistemas existentes.

- Incentivar a participação dos técnicos e agentes que trabalham nos territórios nas discussões sobre os SIS. Esse expressivo contingente de trabalhadores tem acesso privilegiado a informações relacionadas às condições de vida dos usuários dos serviços de atenção básica. Incluí-los na gestão dos SIS pode facilitar a definição dos dados a serem coletados, bem como melhorar a análise e uso dessas informações.
- Fornecer aos técnicos e agentes de saúde os aparatos tecnológicos necessários à coleta de informações em saúde. Respeitando as especificidades de cada território, esses recursos vão desde lápis e papel até dispositivos eletrônicos com acesso à internet. Nesse sentido, esses trabalhadores devem ser devidamente qualificados para uso de suas ferramentas de trabalho e as mesmas devem estar em boas condições de uso.
- Investir na qualidade da coleta de dados garantindo aos trabalhadores o tempo para que essa atividade ocorra de forma adequada e oportuna, com períodos reservados e métodos validados para a análise das informações disponíveis. Esse precisa ser um compromisso da governança, das instituições de saúde e de seus profissionais, que poderão refletir sobre a própria prática, especialmente no contexto da atenção primária e da saúde comunitária.

## **DIMENSÃO POLÍTICO-INSTITUCIONAL**

- Investir na APS como estratégia para a universalização do direito à saúde de modo equânime e para a consecução dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030. A ampla gama de serviços ofertados na atenção básica, sua abordagem integral e seu caráter contínuo, é capaz de criar vínculos entre os sistemas nacionais de saúde, o território e a rede intersetorial.
- Fortalecer a rede intersetorial a partir da APS e de seu potencial articulador. Na APS, o trabalho no território junto às populações e sua capacidade de articulação com outros aparelhos do Estado ajudam no trabalho a partir da

concepção da determinação social da saúde, fortalecendo a ideia de 'Saúde em Todas as Políticas'.

- Incrementar a atuação do Estado na saúde e na formação de recursos humanos para o setor, de forma que a lógica mercantil da educação e da saúde não prevaleça sobre os interesses da sociedade. O Estado mínimo e o individualismo são contraditórios ao fortalecimento da APS e da saúde comunitária, além de ampliar as desigualdades que afetam especialmente as populações mais vulneráveis.
- Assegurar o trabalho conjunto entre os Ministérios da Saúde e da Educação a fim de promover melhorias na formação dos técnicos em saúde. O papel do Estado na proposição e regulação das ofertas educativas é fundamental para definir uma formação de qualidade, validada por gestores, equipes e usuários, e voltada aos interesses da saúde coletiva e às necessidades das populações.
- Descentralizar a oferta de formação profissional na área da saúde, geralmente concentrada nos grandes centros urbanos, privilegiando uma perspectiva intercultural de pertinência social e atenta aos determinantes sociais em saúde. Essa medida deve ser pensada como um investimento na formação de recursos humanos dispostos a permanecer em zonas mais distantes e, geralmente, mais vulneráveis. Nesse sentido, deve contemplar tanto a formação e qualificação de profissionais que irão atuar com populações específicas e povos originários, quanto a formação de membros dessas comunidades para atuarem nos serviços de saúde.
- Estabelecer políticas de reservas de vagas ou a criação de cursos específicos para formação de profissionais de saúde oriundos das populações tradicionais. O objetivo dessa proposta é restaurar os direitos à saúde e à educação dessas populações, os quais foram e são sistematicamente negados pela colonialidade. Possibilitar que essas pessoas tenham acesso à formação e possam compor os quadros de saúde é primordial para a melhoria das condições de vida dentro e fora de suas comunidades.
- Instituir ou consolidar políticas públicas de educação permanente para o pessoal da saúde. O aprimoramento profissional é fundamental para definir a qualidade dos serviços e, portanto, não pode ser resultado apenas de iniciativa pessoal dos trabalhadores.
- Superar a lógica da precarização, da terceirização e da invisibilidade dos técnicos, agentes comunitários e auxiliares que atuam na área da saúde. Isso significa estabelecer políticas de recursos humanos que protejam seus direitos

e incentivem o desenvolvimento profissional.

- Instituir mecanismos de fiscalização que garantam boas condições de trabalho e dimensionamento apropriado de pessoal. A pandemia de Covid-19 acentuou a responsabilidade de instituições e governos na questão dos recursos humanos em saúde. Não é mais possível pensar que os trabalhadores do setor devam lidar individualmente com as dificuldades e situações negativas vivenciadas durante o trabalho.
- Desenvolver e fortalecer políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de saúde do trabalhador, especialmente no que diz respeito à gestão de trabalho de técnicos, para que exerçam suas atividades laborais com biossegurança e em ambientes coparticipativos e livres de assédio moral. Estruturas hierárquicas muito rígidas, médico-centradas e onde a gestão é individualizada podem favorecer problemas dessa ordem.
- Zelar pela transparência das informações de saúde, tornando-as disponíveis para profissionais do setor, tomadores de decisão, pesquisadores, organizações da sociedade civil e para a própria população. A divulgação das informações armazenadas nos SIS demanda políticas públicas e investimentos específicos e pode contribuir para melhorar a compreensão sobre as condições de saúde em um determinado serviço de atenção, território, país, região e no mundo, além de qualificar a participação social.
- Subsidiar pesquisas que visem identificar e compreender os efeitos da Covid-19 a médio e longo prazo na saúde da população, instituindo linhas de cuidados de acordo com os resultados encontrados. No mundo pós-pandêmico, além de enfrentar todas as demandas represadas durante a pandemia, será preciso dar atenção especial às doenças crônicas pré-existentes, novos casos da doença ou casos relacionados à chamada Covid de longa duração ou a síndromes pós-Covid.
- Investir na produção de conhecimentos e informações sobre os recursos humanos em saúde, a fim de melhorar os processos de gestão e a elaboração de políticas públicas que visem garantir a qualidade, a quantidade e a distribuição da força de trabalho necessária à manutenção dos sistemas nacionais de saúde. É importante que essas políticas contemplem, sobretudo, as categorias mais precarizadas, como a dos técnicos de saúde. Eles têm participação fundamental desde a elaboração e implantação de fluxos, rotinas e cuidado nos hospitais, nas unidades básicas ou no território, à colaboração no acesso à vacina e exames e ao trabalho de educação em saúde.

- Desenvolver e fortalecer os marcos legais que tratam de questões relacionadas à interculturalidade, seja na Constituição do Estado ou nas políticas públicas de Saúde e Educação. Esse esforço contribui para o protagonismo das populações tradicionais nos processos formativos e nos espaços de trabalho em saúde.
- Estimular a participação das lideranças tradicionais na tomada de decisão por meio da ocupação de cargos na gestão pública e nos espaços políticos. A representatividade de lideranças indígenas e de outros povos possibilita a construção de políticas e práticas vinculadas às demandas e lutas dessas populações. Do mesmo modo, auxilia no fortalecimento da histórica capacidade resiliente, auto organizativa e criativa dos povos tradicionais, que resistem apesar da violência dos processos coloniais.
- Pautar a saúde intercultural a partir dos determinantes sociais, o que inclui enfrentar questões relacionadas ao racismo, ao epistemicídio e outras violências contra populações tradicionais. Para tanto é urgente investir no desenvolvimento sanitário, na proteção territorial e na priorização da sustentabilidade.
- Desenvolver metodologias que promovam o diálogo entre diferentes saberes de populações tradicionais, de imigrantes e outras a fim de construir cuidados em saúde adequados às suas práticas culturais. A proposta é que diversos grupos, especialmente aqueles que estão em maior situação de vulnerabilidade e que demandam formas de cuidado alinhadas a sua prática cultural, participem de todo o processo de proposição, implementação e oferta do cuidado.
- Aprimorar as políticas de saúde mental que busquem superar o modelo biomédico e medicalizante, que compreendam a saúde mental de maneira transversal e articulada dentro dos diferentes serviços, e que considerem a formação de pessoal para atuar nessa área a partir de uma visão de saúde mental comunitária, da concepção de bem viver e da ideia de decolonialidade. Em um mundo que vive uma pandemia relacionada aos problemas de saúde mental e ao agravamento das desigualdades sociais é preciso reconhecer as estratégias criativas no campo do cuidado psicossocial desenvolvidas por pessoas, famílias e comunidades para enfrentar as situações de vulnerabilidade e fortalecer a perspectiva do cuidado e dos direitos humanos.
- Garantir o financiamento adequado para a manutenção de políticas intersetoriais, com intervenções inclusivas no campo da atenção psicossocial. Não existe saúde mental fora de uma perspectiva contextual. Nesse sentido, as políticas e ações intersetoriais devem contemplar o acesso à alimentação de qualidade, educação, segurança, trabalho e lazer, entre outras coisas.

- Aliar a redução de danos a políticas mais amplas, relacionadas à habitação, trabalho e renda, sobretudo para as pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social, com uso crítico de substâncias psicoativas. O campo da redução de danos desenvolveu as suas práticas com pessoas que fazem uso excessivo de álcool e outras drogas, avançando de uma estratégia de prevenção para uma diretriz de cuidado em saúde mental centrada no território, o que ultrapassa os limites da saúde e demanda articulação e fortalecimento das redes intersetoriais.
- Investir em desenvolvimento comunitário por meio do aperfeiçoamento dos recursos sanitários, da melhoria das condições de vida e do fortalecimento das lideranças locais, bem como em ações de proteção e de reparação voltadas para populações historicamente vulnerabilizadas. Tais fatores interferem na saúde mental, na saúde comunitária e intercultural e são condições para universalizar o acesso à saúde de modo equânime e integral.
- Ampliar a regulação sobre os dados e informações presentes nos SIS, sobretudo aqueles geridos pela iniciativa privada. É preciso que as empresas de tecnologia da informação cumpram protocolos claros relacionados à privacidade e à preservação de dados. Também é essencial que a governança dos sistemas seja pública, desde seu planejamento às formas de acesso e divulgação dos dados e informações.
- Investir em validações progressivas das informações geradas pelos SIS, bem como na divulgação das informações. À medida que a informação passa por processos de validação e por ações de divulgação, ela é fortalecida e ganha mais poder, além de orientar as dinâmicas de trabalho e a tomada de decisões.

## **DIMENSÃO DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL**

- Pautar a atenção básica e a saúde pública nas agendas da saúde global e dos países para que a APS seja prioridade e receba os devidos investimentos. A APS é a melhor estratégia para melhorar a resolutividade dos sistemas de saúde e evitar a sobrecarga dos outros níveis da atenção e pode ser o ponto de partida para a universalização do acesso à saúde.
- Realizar pesquisas em nível regional e global acerca das categorias, das funções e da formação dos técnicos em saúde. A definição de quem são e como atuam os técnicos de saúde nos diferentes países, ainda é um desafio. É preciso um esforço de pesquisa e articulação no campo da saúde global para analisar as

possibilidades de cooperação entre os países e organismos internacionais com objetivo de valorizar esses trabalhadores.

- Incentivar e promover ações para a produção de evidências comparáveis e o compartilhamento de boas práticas, por meio da Cooperação Sul-Sul. A redução das desigualdades no campo da saúde a nível global depende da coleta, tratamento, análise e acesso facilitado a dados e informações dos países. A existência de informações confiáveis é fundamental para o estabelecimento de medidas globais e regionais que visem à consecução dos ODS e para apoiar as ações de cooperação voltadas para o desenvolvimento do Sul global.

# TRABALHO EM REDE: APRENDENDO JUNTOS

Os encontros promovidos neste segundo Ciclo de oficinas reiteraram a importância do trabalho dos técnicos para a consolidação dos sistemas nacionais de saúde. É inegável que eles são indispensáveis ao fortalecimento da APS e para o desenvolvimento de ações de saúde junto às comunidades, especialmente as mais remotas e vulneráveis. Por outro lado, as apresentações e debates mostraram que ainda há muito a ser feito para que esse pessoal conquiste o devido reconhecimento, seja por parte de outros profissionais do setor e pela sociedade, ou na forma de políticas públicas voltadas para melhorar sua formação e suas condições de trabalho.

Nesse sentido, o trabalho desenvolvido pela EPSJV/Fiocruz juntamente com os demais membros da RETS e de suas duas sub-redes – a Rede de Escolas Técnicas de Saúde da Comunidade dos países de Língua Portuguesa (RETS-CPLP) e a rede Ibero-Americana de Educação de Técnicos em Saúde (RIETS) – mantém a mesma relevância que motivou tanto a criação da Escola, em 1985, quanto a da rede, em 1996. Promover a cooperação técnica e a colaboração na área da formação e de desenvolvimento de pessoal técnico em saúde; incentivar a produção de conhecimentos por meio de pesquisas e disseminação de informações sobre esses trabalhadores; estimular o crescimento e o fortalecimento das suas instâncias organizativas; identificar necessidades educacionais e de formação, bem como outros requisitos básicos das diferentes especialidades técnicas existentes são apenas alguns dos objetivos que movem a ação e a luta de tantas pessoas.

Nesses tempos de mercantilização da educação e da saúde e de individualismo exacerbado, os resultados nem sempre correspondem ao esforço realizado e ao tempo empregado na advocacia em favor desse enorme contingente de trabalhadores, cuja identidade ainda permanece diversa e fluída. Entretanto, pequenos passos também nos levam ao nosso destino e os Ciclos de oficinas foram mais um passo dessa longa caminhada. Em rede debatemos temas que nos são caros no mundo pós-Covid e juntos seguimos mobilizados, discutindo e construindo estratégias e propostas favoráveis aos técnicos em saúde e, conseqüentemente, às metas da saúde global.

“As oficinas foram ferramentas importantíssimas de aprendizagem e troca de experiências, principalmente no momento crítico da pandemia da Covid-19.



Penso que devemos continuar com a iniciativa, aprimorando e enriquecendo cada vez mais os temas abordados de forma a aplicarmos na prática diária”, comentou Manuel José Gaspar Taho; diretor do Instituto Técnico de Saúde de Malanje, Angola.

Da Bolívia, a responsável pelo planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública, Elba

Oliveira Choque, destacou o fato de as oficinas terem usado os meios tecnológicos disponíveis para eliminar a barreira da distância e reunir instituições que enfrentaram problemas similares durante a pandemia e que ainda têm muitos temas de interesse para discutir, proporcionando novas experiências de aprendizagem. “Os ciclos de oficinas representam o comprometimento das instituições e possibilitam um grande aprendizado para todos. As temáticas apresentadas foram motivadoras e, além disso, a inclusão de participantes de diferentes países, formações e áreas de atuação tornou os processos enriquecedores em suas diferentes facetas”, opinou.

Com essas palavras de incentivo, agradecemos aos que estiveram conosco nessa jornada e encerramos esta publicação convidando a todos para que acompanhem o trabalho realizado pelo Centro Colaborador e pelas redes de formação de técnicos em saúde. Como disse Janete Mabuie, na oficina 3, “fomos aprendendo e juntos aprendemos, então sigamos juntos a aprender”.

“

**As oficinas foram ferramentas importantíssimas de aprendizagem e troca de experiências, principalmente no momento crítico da pandemia da Covid-19.**

*Manuel Taho*

”

“

**As temáticas apresentadas foram motivadoras e, além disso, a inclusão de participantes de diferentes países e áreas de atuação tornou os processos enriquecedores em suas diferentes facetas.**

*Elba Choque*

”

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTONIADES, Andreas. Epistemic communities, epistemes and the construction of (world) politics. **Glob Soc.** 2003. p. 21-38. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0953732032000053980>

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo; NORONHA, Ana Beatriz M, MILAGRES, Luciana Frederico. Comunidades epistêmicas e os desafios na formação de técnicos em saúde na pandemia de Covid-19. **Rev Panam Salud Publica.** Washington: 2023. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57131>

BOLÍVIA. Ministério da Saúde e Esportes. **Saúde Familiar Comunitária Intercultural.** Documento técnico estratégico. La Paz: Ministério da Saúde e Esportes, 2013. Disponível em: [https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/d\\_dgps\\_upsyms\\_p304.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/d_dgps_upsyms_p304.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. Relatório final.** 1986. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1\\_conferencia\\_nacional\\_protecao\\_saude\\_indio\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_protecao_saude_indio_relatorio_final.pdf)

\_\_\_\_\_. **LEI Nº 10.216:** sobre a proteção e os direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,Art](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,Art)

BUSS, Paulo Marchiori. Tratado sobre pandemias, Saúde Global ou Reforma do RSI: reflexões preliminares. **Diplomacia da saúde: respostas globais à pandemia.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p.247-258.

BUSS, Paulo Marchiori; BURGER, Pedro. O pessimismo da razão e o otimismo da vontade: uma síntese do enfrentamento global da pandemia de Covid-19 – à guisa de apresentação. **Diplomacia da saúde: respostas globais à pandemia.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p.17-30.

BUTLER, Judith. **Quadros de Guerra:** quando a vida é passível de luto? 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CUETO, Marcos. **Saúde global: uma breve história.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde.** Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-10.** UNICEF, Argentina, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/argentina/publicaciones-y-datos/Efectos-salud-mental-ninias-ninos-adolescentes-COVID19>

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. EPSJV/Fiocruz participa do Encontro Nacional sobre Trabalho e Educação na Saúde do SUS. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2023. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/acontece-na-epsjv/epsjvfiocruz-participa-do-encontro-nacional-sobre-trabalho-e-educacao-na>

HAAS PM. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. **International Organization**, 1992; 46(1):1-35. Available at <http://www.jstor.org/stable/2706951>. Accessed 19 May 2023

- KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
- LACLAU, Ernesto. **Nuevas reflexiones sobre la revolución de nuestro tiempo**. 2ª ed. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2000.
- LACLAU, Ernesto. **Emancipação e Diferença**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2011.
- LOPES, Alice Casimiro. Discursos nas políticas de currículo. **Currículo sem fronteiras**, v.6, n.2, pp.33-52, Jul/Dez 2006.
- LOPES, Alice Casimiro; CUNHA, Érika; COSTA, Hugo Heleno Camilo. Da recontextualização à tradução: investigando políticas de currículo. **Currículo sem fronteiras**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 392-410, 2013.
- LOPES, Alice Casimiro e MACEDO, Elizabeth. **Teorias de currículo**. São Paulo: Cortez, 2011.
- LOPES, Alice Casimiro. A Teoria da Atuação de Stephen Ball: E se a Noção de Discurso Fosse Outra? **Archivos Analíticos de Políticas Educativas**, Vol. 24, No. 25, Arizona: 2016.
- LOPES, Alice Casimiro. Políticas de currículo em um enfoque discursivo: notas de pesquisa. **A teoria do discurso na pesquisa em educação**. Recife: Editora UFPE, 2018. pp.133-167.
- MACHADO, M.E. e MERCER, H., HADDAD, A.E. PEREIRA, E.J. e CAMPOS, F. Lidando com a Força de Trabalho em Saúde em Tempos Pandêmicos. **Diplomacia da Saúde: Respostas Globais à pandemia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. P. 151-164. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/diplomacia-da-saude-respostas-globais-pandemia>
- MALDONADO-MALDONADO, AM. Comunidades epistémicas: una propuesta para estudiar el papel de los expertos en la definición de políticas en educación superior en México. **Rev Educ Sup**. 2005; 34 (2):107-22.
- MCGOWAN,Victoria. BAMBRA, Clare. COVID-19 mortality and deprivation: pandemic, syndemic, and endemic health inequalities. **The Lancet Public Health**, 2022.
- MOÇAMBIQUE, Ministério da Saúde. Resolução 11/04. Política de Medicina Tradicional e Estratégia da sua implementação. Ministério da Saúde: 2004. Disponível em: <file:///C:/Users/karin/Downloads/Política+de+Medicina+Tradicional.pdf>
- NORONHA Ana Beatriz; BATISTELLA, Carlos Eduardo; PARO, Cesar A, CAETANO, Karina; TOBAR, Sebastián. **Los desafíos de la formación de técnicos en salud en el contexto de la pandemia**. Ciclo de talleres: síntesis y recomendaciones. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2022. Disponível em: [https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/libro\\_final-02\\_esp.pdf](https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/libro_final-02_esp.pdf) Acessado em 14 de setembro de 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários (1978)**. 2002.
- \_\_\_\_\_. **Declaração de Caracas**. Caracas, 1990. Disponível em: <https://laps.ensp.fiocruz.br/arquivos/documentos/12>
- \_\_\_\_\_. **World mental health report**. Transforming mental health for all. 2022. Disponível e: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1433523/retrieve>
- Organização Pan-Americana da Saúde. **Política Sobre Etnia e Saúde**. Washington, D.C, 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34447/CSP29-7-p.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

\_\_\_\_\_. **Plano de ação para o fortalecimento do sistema de informação para a saúde.** Washington, D.C, 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51617?locale-attribute=es>

\_\_\_\_\_. **Investimento na atenção primária à saúde é urgente para garantir recuperação da COVID-19 nas Américas.** Washington, D.C, 2019.2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-11-2021-investimento-na-atencao-primaria-saude-e-urgente-para-garantir-recuperacao-da>

\_\_\_\_\_. **Agenda de saúde sustentável para as américas 2018-2030: um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região.** Washington, D.C, 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49172/CSP296-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

\_\_\_\_\_. **Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030.** Washington, D.C, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>

Organización Panamericana de la Salud. **Cómo atraer, captar y retener al personal de salud en zonas rurales, remotas y desatendidas.** Una revisión rápida. Washington, D.C, 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55873>

\_\_\_\_\_. Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas. **Relatório quinzenal 2018-2022 do diretor da repartição sanitária Pan-americana: defendendo a equidade em saúde em prol do desenvolvimento sustentável.** Washington, D.C, 2022. Disponível em: [https://www.paho.org/sites/default/files/od366-p-relatorio-quinzenal-diretor-opas-2018-2022\\_0.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/od366-p-relatorio-quinzenal-diretor-opas-2018-2022_0.pdf)

PIMENTEL Jr C. Políticas curriculares, pertencimento: ponderações sobre o uso do conceito de comunidades epistêmicas em chave pós-estrutural. **Rev Linhas.** 2018;19(41):213-41. Disponível em: <https://www.revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1984723819412018213>. Acesso em: 19 maio. 2023

PRONKO, Marcela Alejandra; CORBO, Anamaria; STAUFFER, Anakeila; LIMA, Julio C.; REIS, Renata. **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

PRONKO M, CORBO A, STAUFFER A, LIMA JC, REIS R. **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2011. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l168.pdf> Acessado em 14 de setembro de 2022.

PRONKO MA. A comparação como ferramenta de conhecimento e os processos de integração supranacional: desafio para as Ciências Sociais. In Fausto A, Pronko M, Yannoulas S. Políticas Públicas de Trabalho e Renda na América Latina e no Caribe. Brasília: Abaré - FLACSO/Sede Acadêmica Brasil; 2003. Tomo I, p. 573-94.

REDE INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO DE TÉCNICOS EM SAÚDE. **Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde.** Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/>

\_\_\_\_\_. **A Educação técnica em Saúde** [site]. Rio de Janeiro: s/a. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/node/621>  
RIBEIRO, Darcy. América Latina: A Pátria Grande. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1986

STAUFFER, Anakeila de Barros; NORONHA, Ana Beatriz; RUELA, Helifrancis. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: 10 anos como centro colaborador da OMS para a educação de técnicos em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV,2014.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 2020 p. 3465–3474

TORRES Wagner N, DIAS RE. Comunidades epistêmicas nas políticas de currículo em EJA. **Discursos nas políticas de currículo**. Rio de Janeiro: Quartet; Faperj; 2011. Pp. 205-224.

Universidade do Chile. **Saúde Mental na Situação de Pandemia**: Documento para mesa social Covid-19. Santiago do Chile: 2020. Disponível em: <https://uchile.cl/dam/jcr:b082be0a-a171-43ef-bd15-7a02e565cb8b/salud-mental-mesa-social-14.04.20-1.pdf>

VELÁSQUEZ, Germán. World Health Organization Reforms in the Time of Covid-19. **Research Paper 121**. South Centre, 2020. Disponível em: <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2020/11/RP-121-rev2.pdf> . Acesso 17Nov 2020

VIEIRA, Liszt. **Os argonautas da cidadania: a sociedade civil na globalização**. In: Os argonautas da cidadania: a sociedade civil na globalização. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record, 2001. p. 403-403.