

SISTEMAS DE SAÚDE NA AMÉRICA DO SUL

DESAFIOS E RESISTÊNCIAS NA
DEFESA DE SISTEMAS UNIVERSAIS



Organização:
Regimarina Soares Reis
Letícia Batista da Silva

Sistemas de Saúde na América do Sul: desafios e resistências na defesa de sistemas universais

Organização:

Regimarina Soares Reis
Letícia Batista da Silva

Rio de Janeiro
2024

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Mario Moreira

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

Diretora

Anamaria D'Andrea Corbo

Vice-Diretora de Ensino e Informação

Ingrid D'avilla Freire Pereira

Vice-Diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico

Monica Vieira

Coletivo de Gestão e Desenvolvimento Institucional

Adriana Ricão

Geandro Ferreira Pinheiro

Pedro Henrique de Castilho

CONSELHO DE POLÍTICA EDITORIAL

Ana Cristina Gonçalves Vaz Dos Reis

Bianca Antunes Cortes

Daniel Santos Souza (coordenador adjunto)

Gilcilene de Oliveira Damasceno Barão

Helena Maria Scherlowski Leal David

Isabela Cabral Félix de Sousa

José Victor Regada Luiz

Luíz Mauricio Baldacci (coordenador)

Maria Teresa Cavalcanti de Oliveira

Paulo César de Castro Ribeiro

Copyright © 2024 dos autores

Todos os direitos desta edição reservados à Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz

CRÉDITOS

Revisão

Gloria Regina Carvalho

Projeto gráfico, diagramação e capa

José Luiz Fonseca Jr.

Catálogo na Fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

R375s Sistemas de saúde na América do Sul: desafios e
 resistências na defesa de sistemas universais /
 Organização de Regimarina Soares Reis e Letícia
 Batista da Silva. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2024.
 154 p.

ISBN: 978-85-5457-020-0

1. Sistemas de Saúde. 2. Administração de Serviços
de Saúde. 3. Força de Trabalho. 4. Atenção Primária à
Saúde. 5. Formação Profissional. I. Reis, Regimarina
Soares (Org.). II. Silva, Letícia Batista da (Org.).
III. Título.

CDD 362.1

SUMÁRIO

Apresentação	6
As organizadoras	

CAPÍTULO 1

Gestão da saúde na América do Sul: questões urgentes e persistentes	9
Regimarina Soares Reis Letícia Batista da Silva	

CAPÍTULO 2

Saúde, desigualdade e financiamento: o mix público privado brasileiro e o potencial redistributivo do SUS	40
Maria Luiza Levi	

CAPÍTULO 3

Atenção Primária à Saúde nos países da América do Sul	55
Ligia Giovanella Suelen Carlos de Oliveira	

CAPÍTULO 4

A formação de trabalhadores técnicos em saúde na América do Sul: novas aproximações a partir de velhas constatações	85
Anakeila de Barros Stauffer Marcela Alejandra Pronko	

CAPÍTULO 5

A formação de técnicos de atenção primária no Equador: um relato de experiência	107
Eduardo Casañas	

CAPÍTULO 6

Os invisibilizados e sua sombra – Estudo de Caso: Os “Técnicos Idôneos” em Medicina Nuclear na Argentina (2018-2021)	125
Carlos Gerardo Einisman Marcela Alejandra Pronko	

Apresentação

Sistemas de saúde têm organização dinâmica, funcionamento complexo e estão em permanente transformação, à guisa das relações políticas, econômicas, sociais e institucionais que conformam a sociedade. Dinâmicas conjunturais e estruturais, assim como os desafios socio sanitários contemporâneos, expressam-se no modo como os sistemas de saúde respondem às necessidades e demandas de saúde da população.

Para além das questões históricas que delineiam os conhecimentos, reflexões e análise crítica sobre sistemas de saúde, é indubitável que com a pandemia por covid-19 foram explicitados elementos que aprofundam crises já instaladas, as quais têm reflexos na gestão de sistemas de saúde e no trabalho em saúde, especialmente no trabalho do técnico em saúde, que é historicamente subalternizado. Nesse processo emergem contradições, fortalezas, retrocessos, estratégias de organização, novos arranjos, e é necessário empreender esforços para compreendê-los.

Os textos a seguir constituem uma coletânea que busca colaborar com esses esforços, lançando luz sobre os sistemas de saúde, especialmente no que tange à organização, financiamento e força de trabalho, dedicando particular ênfase à Atenção Primária à Saúde (APS), pelo seu reconhecido caráter estratégico para a gestão de sistemas e serviços de saúde. A perspectiva é que esta publicação possa contribuir com o aquecimento permanente do debate acerca das respostas às necessidades de saúde, bem como apoiar a formação de trabalhadores da saúde na região das Américas, uma vez que é produzida no âmbito da atuação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) como Centro Colaborador da Organização Panamericana da Saúde (Opas).

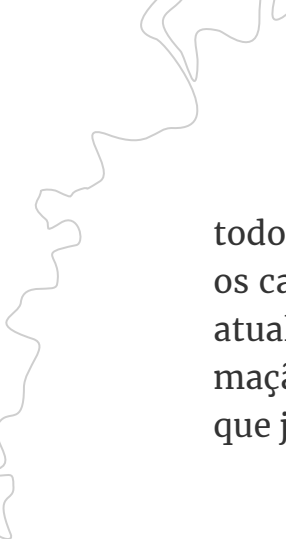
Assim, a fim de realizar abordagem didática, crítica e informativa sobre temas estratégicos no campo da gestão de sistemas de saúde, contamos na autoria deste material com a participação de professores e pesquisadores da EPSJV/Fiocruz, da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), da Universidade Federal do ABC Paulista (UFABC), do Instituto Superior Tecnológico Liceo Aduanero (ISTLA) do Ecuador e da Universidad Nacional de Tres de Febrero (PEP-UNTREF) da Argentina, a quem agradecemos pela disponibilidade e de quem reconhecemos a relevante contribuição.

Há dois blocos temáticos na coletânea. O primeiro bloco, com três textos, trata da dimensão político-econômica, estrutural e de gestão dos sistemas de saúde. Neste bloco, o primeiro texto analisa questões persistentes e urgentes acerca da gestão da saúde, trazendo brevemente afinidades na região da América do Sul, e aprofundando-se na particularidade brasileira. O segundo aborda reflexão crítica sobre a relação entre financiamento da saúde e desigualdades sociais, no bojo do potencial redistributivo do Sistema Único de Saúde (SUS) e da discussão sobre o mix público privado no sistema de saúde. Segue-se a ele um texto que discute os desafios e as perspectivas para a efetivação da APS integral em sistemas públicos universais de saúde nos países sul-americanos, abordando as concepções e características da APS na região e analisando as políticas e programas das duas décadas dos anos 2000. O segundo bloco temático, também com três textos, trata da formação e trabalho no contexto dos sistemas de saúde. O primeiro texto traz uma descrição analítica e comparativa do trabalhador técnicos – quanto à formação e ao seu papel no sistema de saúde – em países sul-americanos, o capítulo seguinte faz o relato de uma experiência formativa de técnicos em APS no Equador – à luz da organização do sistema de saúde no país –, e o último realiza um estudo de caso sobre a situação de trabalhadores da área de Medicina Nuclear na Argentina, discutindo um cenário complexo em sua constituição e interesses implicados.

A opção ético-política por direcionar a presente discussão a países da América do Sul, bem como por trazer à tona questões do trabalho técnico, tem a intenção de lançar luz às imbricadas interações entre os sistemas de saúde e as dinâmicas próprias de países de capitalismo dependente. Estas têm visibilidade ainda desproporcional em face da complexidade e centralidade da questão para a região e para o debate internacional sobre sistemas de saúde.

Longe de buscarmos abordar exaustivamente e esgotar os temas sob análise, esperamos que com esta produção seja possível reunir, dispor e difundir recurso capaz de apoiar a práxis da defesa da saúde como direito.

Esta coletânea apresenta produções textuais que são fruto de experiências e estudos independentes daqueles que compõem a autoria, portanto, não guardam necessariamente articulação ou continuidade teórico-me-



metodológica entre si na forma dos escritos. Muito embora destaque-se que os capítulos permanecem imbuídos no esforço de apresentar um debate atualizado sobre modelos político-econômicos, saúde como direito, formação e trabalho em saúde, a partir do contexto sul-americano, que é o que justifica o presente trabalho.

As organizadoras

CAPÍTULO 1

Gestão da Saúde na América do Sul: questões urgentes e persistentes

Regimarina Soares Reis

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz

Letícia Batista da Silva

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz

Universidade Federal Fluminense - UFF

Introdução

O termo “gestão” tem abrangência e sentido vastos, os quais vêm sendo desenvolvidos e assimilados pelas mais diversas áreas da vida e trabalho contemporâneos. Em perspectiva geral, conforme nos aponta Gaulejac (2007), a gestão é um sistema de organização do poder. Assim, denotamos a centralidade que a gestão ocupa sobre as decisões e direções a serem seguidas por instituições, organizações, processo de trabalho e pessoas, sendo, portanto, fortemente mediada pelos componentes político e econômico relacionados entre si.

Por relação entre economia e política, aqui entendemos a vinculação entre o âmbito da produção, circulação e consumo das mercadorias na sociedade capitalista, e as relações do Estado materializadas pelas instituições governamentais (Mendes; Carnut, 2022). Tal imbricamento é chave de análise fundamental para compreender os processos de gestão da saúde pública, como uma ação estatal, a priori, em que pese os processos de terceirização da gestão presentes nas reformas do Estado nos países.

Apesar do exposto, uma suposta separação entre as dimensões política, técnico-científica e administrativa vem atuando no debate sobre gestão e administração, como campos estruturados e sistemáticos. O discurso da gestão marcadamente técnica, focada na produtividade administrativa, e

apartada de valores e interesses políticos assume um papel de captura de sentidos e de recursos na produção de políticas sociais. Essa noção fragmentada da gestão, envolta por um manto tecnocrático, supostamente mais eficiente, e que se apresenta de forma despretensiosa acerca dos projetos societários em disputa, tem sido em sua essência favorável à ação política e aos interesses de acumulação do capital.

O foco na normatividade, disciplina e controle, bem como a centralização do poder nos gestores (dirigentes) são características que marcam uma busca pela ruptura entre gestão e política. Essa descontinuidade abriria espaço para uma gestão orientada pela técnica, baseada em evidências científicas e não mediada por disputas de interesses. Demarcada pela administração científica de Taylor, datada do início do século XX, essa concepção aparentemente asséptica tem até os dias atuais forte influência nos modelos de gestão e estilos de governar (Campos; Campos, 2008).

A Saúde, como campo que recorre a múltiplos saberes e práticas interdisciplinares, desenvolveu a área da gestão na perspectiva inicial de compatibilizar administração pública e práticas sanitárias coletivas. Isso se desdobrou de modo diverso nas diferentes conjunturas de sistemas de saúde ao redor do mundo, dando origem a arranjos organizacionais e modelos de gestão e atenção à saúde próprios às particularidades e complexidade do campo.

Com estímulos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), observa-se a sistematização de uma área voltada à organização, planejamento e gestão de serviços de saúde (Campos; Campos, 2008). Na região das Américas, nos primeiros anos da década de 1960, a OPAS patrocinou a concepção do método Cendes-OPS, que é amplamente reconhecido como um marco crucial no desenvolvimento de um pensamento próprio, representando a emergência de uma perspectiva específica sobre o planejamento como subsídio à administração pública de sistemas e serviços de saúde (Teixeira, 2010).

O presente texto tem caráter ensaístico e busca abordar a gestão da saúde como campo de conhecimentos e esfera de práticas que pode fornecer bases estratégicas para a produção da saúde como direito, desde que esteja implicado dialeticamente na trama histórico-estrutural que envolve o governo e a direção de políticas, sistemas, serviços e processos de trabalho em saúde.

Nesse sentido, inicialmente damos contorno à compreensão de gestão e de saúde que orientam a nossa escrita, em seguida fazemos uma breve contextualização das contradições na formação dos sistemas de saúde em países da América do Sul e, por fim, explicitamos questões persistentes e urgentes que permeiam e exigem a tomada de ação da gestão da saúde no Brasil, tendo como imagem-objetivo o pacto social solidário que prevê a saúde como direito fundamental no país.

Gestão e Saúde: de onde partimos

A complexidade é característica indissociável da área de gestão da saúde. Podemos apontar como razões para isso a multiplicidade de objetivos da área, os quais não possuem contornos precisamente definidos; os inúmeros processos de trabalho operados por variadas categorias profissionais; necessidades e demandas dinâmicas, crescentes e permeadas por dimensões éticas, culturais, territoriais, sociais e políticas. Para além disso, a gestão é um *locus* de forte e permanente mediação da contradição capital/trabalho. Assim, o processo de gestão da saúde, e sua manifestação concreta no ‘ato de gerir a área da saúde’, não é, e não pode ser, uma atividade estritamente técnica. A gestão da saúde é sempre sustentada por um projeto ético-político de sociedade, quer este seja ou não anunciado conscientemente e/ou transparentemente por aqueles que a operam. Por isso, ‘o fazer da gestão’ não é tarefa que cabe somente àqueles nomeadamente gestores e/ou outros que ocupem funções marcadamente gestoras (Gonçalves; Schraiber; Nemes, 1990).

À gestão cabe a elaboração das tecnologias necessárias para organizar políticas, planejamento e trabalho em saúde de modo a conduzir instituições, organizações, serviços e processos de trabalho para a produção de saúde. Portanto, como um saber capaz de conduzir aquilo que foi planejado para a concretização da ação em saúde, a gestão, juntamente com o planejamento, constitui-se em ações estratégicas para a composição, organização e dinâmica dos sistemas e serviços de saúde (Schraiber et al., 1999).

O planejamento e a gestão da saúde são tributários entre si, sendo mutuamente determinados pelas suas interfaces com os processos de cuidado produzidos no trabalho em saúde. Este, por sua vez, tanto produz questões que compõem a problemática com a qual lidam os gestores, quanto operacionaliza técnicas e tecnologias de organização, gerencia-

mento e avaliação próprios da gestão, materializadas na prática dos seus diversos agentes (trabalhadores da saúde diretamente ligados ao cuidado e atenção à saúde).

É diante dessa imbricação da tríade política-planejamento-gestão que se torna impraticável a noção de uma Gestão da Saúde restrita a prescrições técnicas sem ideologia e neutra em relação à disputa de projetos societários.

Qualquer análise de saúde que trate esses três componentes como processos estanques e elementos atomizados tende a reproduzir na saúde a ideologia dominante – orientada fortemente por um conceito de eficiência dirigido pela máxima de ‘fazer mais e melhor com os recursos existentes’ –. Embora nem sempre explícitos, os objetivos políticos e econômicos que sustentam essa solução partem da premissa de que ser mais eficiente equivale a cortar custos. Trata-se de uma simplificação que se mostra letal à noção de saúde como direito universal em um país continental como o Brasil, ao passo que aderente e indutora da perspectiva gerencial da administração privada e suas alcunhas – competências, qualidade total, ‘produzir mais gastando menos’ etc. – embebidas em abordagens economicistas.

As crises cíclicas do capitalismo, o montante dos orçamentos das políticas públicas de saúde, e o aumento exponencial dos custos em saúde, têm aquecido o debate acerca da eficiência internacionalmente, inclusive porque diante das crises fiscais tais orçamentos são sempre os primeiros candidatos a cortes (Tasca; Benevides, 2022).

Nesse cenário, rapidamente se apresentam as gestões estritamente ‘técnicas’ para apontar, baseados em evidências ‘neutras’, os desequilíbrios fiscais e o quanto se gasta/desperdiça na oferta de bens e serviços públicos. Os defensores dos cortes costumam sustentar seus discursos apoiados em uma suposta equivalência entre as contas do Estado e as contas do orçamento doméstico familiar. Para ser breve, trata-se da ideia tecnicamente equivocada de que o Estado não pode gastar mais do que arrecada. Isso ignora que o Estado é uma instituição absolutamente distinta da família; que os gastos públicos retornam em forma de impostos; e que os governos têm a capacidade de ampliar ou reduzir sua arrecadação, muito diferente do que ocorre com as famílias. Esse equívoco politicamente situado encontra suporte em organismos internacionais e defensores de ideais gerencialistas (Rossi; Dweck; Oliveira, 2018).

Nota-se que a adesão a uma outra noção de eficiência expõe mais uma vez a dimensão do caráter político e das disputas em torno do planejamento e da gestão da saúde. Ao se referirem ao contexto de custos crescentes e de desfinanciamento do SUS, Marinho e Ocké-Reis (2022) asseveram: “Se o conceito de eficiência for aplicado levando em consideração seus objetivos e as necessidades de saúde da população brasileira, a proposta de fazer mais gastando menos no SUS parece uma piada de mau gosto” (p. 45).

Não há dúvidas de que se deve fazer o melhor uso do recurso disponível. Certamente se faz pertinente identificar e dirimir as supostas ineficiências e desperdícios na gestão de um sistema de saúde. Contudo, o que se entende por eficiência em saúde deve refletir coerência com o projeto sociossanitário em voga. Bem como, é necessário apreender que os ganhos alcançados com um ‘melhor emprego dos recursos’ certamente não serão suficientes para compensar o déficit de financiamento que o SUS acumulou desde sua origem, por exemplo (Tasca; Benevides, 2022).

Parece que a imagem de ineficiência financeira do SUS vem sendo utilizada como matéria-prima para uma falácia do espantalho, em que ocorre a fuga do assunto debatido por meio da criação de um argumento fictício ou distorcido, o qual passa a ser o centro da discussão. Essa manobra argumentativa vem pavimentando o caminho para a privatização como panaceia para essa suposta incapacidade do SUS em gastar bem seus recursos. Contudo, não se encontra lastro factual para essa aposta, uma vez que o setor privado não tem performance melhor do que o SUS nessa perspectiva. Observa-se que os modelos privados de prestação e cobertura tem similaridade com o modelo de mercado dos Estados Unidos, que é um exemplo global inequívoco de ineficiência (Tasca; Benevides, 2022).

Saídas tecnocráticas, baseadas em evidências e indicadores orçamentários economicistas (fazer mais gastando menos) estão apoiadas em ideologia neoliberal operada pelas políticas de austeridade fiscal. Estas têm incrementado as desigualdades em saúde, especialmente em grupos expostos a relações de vulnerabilizantes, ao restringir (mais ainda) a oferta de benefícios, bens e serviços públicos por meio de cortes de despesas para atingir metas fiscais e realizar contrarreformas estruturais, a despeito das necessidades sociais.

Aliar eficiência, eficácia e efetividade tendo como referencial uma concepção ampliada de saúde, as necessidades de saúde da população, e uma

orientação para a superação das desigualdades sociais injustas historicamente produzidas, aponta para um caminho mais resolutivo e ético para a implementação de sistemas de saúde universais.

Expõe-se assim que são variadas as perspectivas sob as quais podemos abordar a problemática da gestão da saúde, tais como pelas dimensões técnico-assistencial, administrativa, econômico-financeira. Aqui, nos deteremos nas questões econômico-financeiras e, tangencialmente, tocaremos em elementos da organização do modelo de atenção à saúde. Considerando os problemas práticos e dilemas técnico-políticos em que se pretende tocar, para a presente discussão é secundária a distinção entre gestão e gerência, sendo estas tomadas indistintamente, e tendo ambas como finalidade comum a produção da saúde.

No que tange ao conceito de saúde, ainda que seja um desafio a sua formulação, concordamos com Silva, Schreiber e Mota (2019), ao afirmarem que cabe a busca por uma apreensão conceitual que contemple a complexidade da vida humana, desde que se tenha em conta sua relatividade histórica. Assim, a cada aproximação do conceito de saúde, rompe-se o limite histórico imediato, contribuindo para o devir dessa formulação. O conceito de saúde nunca é cristalizado, é sempre dinâmico e relacional.

Recorremos à Ayres (2016) e Canguilhem (2012) para afirmar o conceito de Saúde que suporta a referida compreensão de gestão anteriormente apresentada. Entendemos, primeiramente, que não é possível uma definição de saúde alheia à historicidade social. Ou seja, sempre há um tempo e espaço delimitados que se tomam como referência para definir as experiências de saúde e doença e, por isso mesmo, não é possível defini-las somente pela perspectiva anátomo-fisiológica.

Para Canguilhem (2012), a saúde pressupõe relação imbricada com os “modos de andar a vida” articulado às regras de determinada sociedade. Alinhado a esse entendimento, Ayres (2007, p. 60) trata saúde como “a busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade”. Portanto, explicitar como têm sido os modos de andar a vida para a maioria da população, e que meios seriam esses, bem como discutir como eles estão distribuídos na sociedade capitalista, impõe-se como questão necessária.

Afinal, como nos aponta Borret (2022) quem tem direito a ter projetos de felicidade no Brasil?

Nesse sentido, a saúde aqui é tomada como expressão do conjunto de condições em que as pessoas vivem e trabalham, sendo este o ponto articulador para a discussão e construção de sistemas e serviços de saúde, como respostas sociais, que nos orienta. Este é um mote conceitual que se origina das críticas ao modelo da história natural da doença e ao modelo biomédico tradicional, que dão centralidade aos fatores biológicos e comportamentais para a compreensão da situação de saúde individual e coletiva.

A importância dos fatores sociais e estruturais na determinação dos padrões de saúde da população tem sido materializada na noção de determinantes da saúde e na noção de determinação social da saúde, que reconhecem que fatores como classe social, renda, educação, ocupação, raça/cor/etnia, gênero e acesso a recursos de saúde têm um impacto significativo no modo como as pessoas experienciam a saúde, o adoecimento e o morrer. Cumpre destacar que, a despeito dessas duas abordagens terem adesão acerca do problema das desigualdades sociais na produção de iniquidades em saúde, elas possuem arcabouços teórico-filosóficos distintos no modo em que capturam as explicações do processo saúde-doença e as implicações entre aspectos biológicos, econômicos, sociais e culturais, bem como sobre a correlação entre o individual e o coletivo (Silva; Bicudo, 2022).

Abordando sinteticamente, a noção de determinantes sociais adota uma explicação do processo saúde-doença pela disposição dos fatores sociais em camadas mediadas por determinantes intermediários e estruturais distais, não se detendo centralmente nas contradições da sociedade capitalista, e tendo sido desenvolvido principalmente por Dahlgren e Whitehead (1991) e Organização Mundial da Saúde (OMS) (2010); a perspectiva da determinação social da saúde, por seu turno, promovida nos anos de 1970 pela medicina social na América Latina, se pauta no referencial do materialismo histórico-dialético, que apreende a realidade pela concepção de totalidade e das grandes transformações societárias e da história, estabelecendo conexões entre o processo saúde-doença e a dinâmica da produção capitalista (Silva; Bicudo, 2022; Giovanella; et al., 2012).

Sistemas de saúde em países da América do Sul

Refletir criticamente sobre sistemas e saúde na América do Sul compreende necessariamente imbricar-se nas contradições e historicidade do Estado e da formação social dos países, às quais implicam a construção das políticas de saúde e as elaborações teóricas que lhes são subjacentes.

Ponto crucial destacado por Temporão (2012) é que os sistemas de saúde em países sul-americanos foram historicamente produzidos a partir da doença como categoria central, e não da ênfase na saúde. Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Guiana, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela assentaram suas políticas de saúde originalmente – de modo mais ou menos estruturado e com singularidades locais – pautados na concepção do modelo biomédico para o controle de endemias, tendo como referência central a abordagem das patologias.

Nas últimas décadas, os países da América do Sul passaram por mudanças importantes do ponto de vista demográfico, epidemiológico e do contexto político e econômico que alteraram o perfil das populações, as necessidades de saúde, bem como os processos de mobilização social em torno da demanda por melhor acesso a serviços de saúde de qualidade. Nesse cenário, houve movimentação dos governos no sentido de responder com reformas e intervenções nas políticas públicas focadas na ampliação do acesso e cobertura universal em saúde, o que foi observado principalmente em sete países: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Peru, Uruguai e Venezuela, conforme apontado por Roa, Cantón e Ferreira (2016) em “Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reformas”.

Nessa mesma publicação, os autores apontam que nos últimos 30 anos os referidos sete países reformaram seus sistemas de saúde, os quais ganharam força legal na maioria das constituições da região. Esses movimentos se localizam historicamente e foram impulsionados em contextos variados, marcados por ditaduras militares, crises socioeconômicas e elevados níveis de injustiça social.

A própria construção da noção de planejamento, posteriormente incorporada às políticas de saúde, se origina em um contexto de necessidade de maior intervenção do Estado em setores da sociedade com vistas ao denominado modelo de desenvolvimento econômico, que teria como consequência um suposto alcance de direitos sociais.

O planejamento na América Latina se desenvolve sob a ótica desenvolvimentista, uma alternativa ao isolamento imposto pela depressão econômica e pela Segunda Guerra Mundial, onde os países passaram a lutar por uma nova estratégia de desenvolvimento nacional (Frieden, 2008), incentivados pela criação de alguns organismos internacionais, a exemplo da Organização Mundial de Saúde – OMS e as agências internacionais especializadas, como a Organização das Nações Unidas – ONU e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) (Mattos, 2001). (Jesus et al., 2011, p. 29).

Fato é que os países sul-americanos apresentam diversificados processos culturais, formações histórico-sociais, tipos de organização territorial, de políticas e de sistemas de saúde, bem como distintos graus de descentralização. Em comum, as profundas desigualdades sociais e iniquidades em saúde característicos do capitalismo periférico. Apesar de certos avanços, permaneceram características como a fragmentação na organização e prestação dos serviços e a segmentação do financiamento, implicando em iniquidades e ineficiências nos sistemas de saúde dos países sul-americanos, o que também se observa de modo ampliado em países da América Latina (Giovanella et al., 2012; Roa; Cantón; Ferreira, 2016).

Com a crise do *Welfare State*, responsabilizado pelo déficit fiscal, e com a crise das dívidas públicas, uma série de reformas econômicas com foco na privatização e liberalização dos mercados marcou o final dos anos 1980 nos países da América Latina. Embora em graus distintos entre os países, tais reformas repercutiram mudanças econômicas e políticas. As orientações do “Consenso de Washington” para os países considerados em desenvolvimento deram o tom nos anos 1990 às mudanças radicais ocorridas no campo político, econômico e ideológico, verificando-se a reemergência do ideário neoliberal na forma de conceber e atuar sobre as relações sociais no campo político-institucional. Marca-se posição pela redução da participação do Estado na economia, a partir de diversas medidas de ajustes estruturais pautadas na austeridade. Esse foi um período marcadamente de crise para os países de capitalismo dependente, decorrente do processo de endividamento externo, o que destruiu suas economias, havendo queda na produção, aumento da pobreza e desemprego e processos de hiperinflação. Nesse cenário, os países tiveram que recorrer a empréstimos do fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial (BM), que os faziam mediante o aceite de determinadas condicionalidades que refletiam as medidas de política econômica que

tinham como objetivo implementar as políticas neoliberais previstas no “Consenso de Washington” de 1989. Tem-se aí um marco histórico para o processo de reestruturação dos Estados nacionais que culminou com a privatização de empresas estatais e com o desmonte de sistemas de previdência e assistência social e saúde, que continuam até a atualidade (Nakatani; Stocco, 2022).

Esse processo de fragilização das políticas de bem-estar social, que sequer estavam completamente implantadas em países da América do Sul, nem nos demais que compõem a América Latina e Caribe, atuou em prol de um Estado neoliberal que teve, e continua tendo, profundas implicações na desconfiguração dos sistemas e políticas de saúde pública, como resultado da mercantilização e financeirização do setor.

Compatível com a transição de um modelo econômico de Estado de Bem-Estar Social para um Estado neoliberal, é a construção de uma centralidade na noção de cobertura universal da saúde, em detrimento dos sistemas universais de saúde. Na primeira, o Estado limita-se à regulação dos sistemas, apartando financiamento e compra de serviços. Na segunda, o Estado é responsável pelo financiamento, gestão e prestação dos serviços de saúde, pautando-se pela saúde como direito universal (Göttems et al., 2021).

Estudando as reformas dos sistemas de saúde da América Latina e Caribe, Göttems et al. (2021) periodizam sua caracterização assim: período anterior a 1990, quando as reformas neoliberais ainda não haviam ocorrido – predominância de sistemas nacionais, solidários e regulados –; anos 1990 aos anos 2000, período de ampla implementação do receituário neoliberal – sistemas com tendência à lógica de mercado, com entrega para a iniciativa privada das gestões e/ou financiamento e/ou prestação dos serviços de saúde –; após os anos 2000 – retorno à preocupação com a saúde pública, a partir de programas comunitários, movimentos de regulação e coordenação, mas ainda garantindo uma lógica de mercado. Os autores identificam ainda que embora os gastos com saúde tenham aumentado no período em estudo, a participação dos gastos públicos declinou em todos os países dos anos 1990 a 2000, momento histórico de franca expansão do ideário neoliberal concorrencial.

A forte retração do gasto público é determinada histórica-estruturalmente nos países da América do Sul, como parte do bloco dos países de capitalismo dependente da América Latina. A crise econômica de 2008,

por exemplo, é mais uma manifestação das contradições do capitalismo, de modo que os países centrais enfatizaram as já postas políticas neoliberais em seus sistemas de proteção social, bem como fortaleceram as críticas e o combate às políticas universais e ao Estado de Bem-Estar Social. E esta foi mais uma circunstância em que a saúde foi aviltada, observando-se o aprofundamento da competição regulada e da comercialização, tendências de segmentação e mercantilização, com comprometimento da universalidade (Teixeira, Paim, 2018). Para Conill (2014), o contexto recessivo e regulatório em sistemas nacionais europeus borra os contornos das referências de solidariedade, gestão pública e práticas de saúde para as políticas de saúde na América Latina.

O receituário se repete após a pandemia de covid-19, e, com cada vez menos pudor acerca da dominância financeira explícita. Se a princípio os sistemas de saúde são convocados em uma missão solidária diante de crises superpostas nas dimensões econômica, sanitária e ecológica, concomitantemente as políticas de austeridade retiram seu fôlego. Agora, supostamente, para contornar uma crise que teria sido produzida pela pandemia. Entretanto, embora devamos inevitavelmente reconhecer a desaceleração econômica produzida pelo contexto pandêmico, ele não é a causa da crise. Segundo Mendes e Carnut (2022), ela já vem se acumulando desde os anos 1970, aprofundou-se nos anos de 2007/2008 e nos solicita analisar a crise sanitária de políticas e sistemas de saúde sempre articuladas à crise contemporânea do capital e suas especificidades em países de capitalismo dependente.

Sob a dominância da financeirização, cuja centralidade está nos rendimentos e não na produção de bens e serviços, a captação de parcelas cada vez maiores das riquezas socialmente produzidas é o que demarca o interesse do capital nas últimas duas décadas. Por isso mesmo, podemos exemplificar que no Brasil as classes dominantes detentoras do capital anseiam pelo fim da vinculação das despesas com saúde e educação e pela redução de servidores públicos, uma vez que isso se constitui num meio para captação e apropriação do fundo público por meio de integrações público-privadas (Souza et al., 2019).

Ainda que existam diferenças entre as políticas e os sistemas de saúde, paradigmas similares têm orientado a busca pela integração em redes de atenção nos países. Isso não significa que os objetivos sejam os mesmos. As estratégias adotadas expressam os valores sociais que suportam a po-

lítica de saúde, de modo que, em sistemas de saúde universais, de seguro social ou de mercado, é o padrão de cidadania adotado que irá orientar a finalidade dos modelos e ordenamento da atenção (Kuschnir; Chorny, 2010; Fleury, 1994).

Portanto, para intervir, considerando a totalidade da complexidade dos problemas, faz-se necessário observar os entraves e desafios que se apresentam de modo estratificado, uma vez que sua superação implica em atuar sobre fatores relacionados à organização direta dos serviços, assistência e processos de trabalho em saúde, mas também em fatores políticos, institucionais, socioeconômicos e culturais.

Gestão da saúde no Brasil: persistências e urgências

A base teórica e ideológica para a transformação da abordagem oferecida aos problemas de saúde no Brasil foi produzida justamente no período mais autoritário e repressivo da ditadura empresarial-militar. Assim, nos anos de 1960 e 1970 o pensamento médico-social induz o arcabouço para a concepção histórico-estrutural da saúde, com os departamentos de medicina preventiva das universidades como um *locus* estratégico dessa origem, ao produzirem uma autocrítica ao modelo preventivista, tendo como foco sua base filosófica (ciências sociais positivistas). Desse processo, foram originadas as bases universitárias para a construção do movimento de reforma sanitária no país, que foi composto por movimentos sociais, estudantis, sociedades e associações científicas e de saúde pública (Escorel, 1999).

O movimento transformador da saúde surgiu e articulou-se dentro de um panorama muito bem definido: a política de saúde então hegemônica era a mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social. O movimento sanitário representava um pensamento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema vigente, caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra dos serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviços (US) (Escorel, 1999, p. 51).

Com ambiguidades, heterogeneidade, contradições, disputas político-partidárias, pressões do setor privado e diversos interesses implicados, fato é que houve, parafraseando Escorel, ‘uma reviravolta na saúde

brasileira', cuja compreensão está imbricada com a origem e articulação do movimento sanitário no país, culminando na Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

A saúde foi inscrita como direito fundamental na Constituição Federal de 1988, tendo suas proposições materializadas pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este é reconhecido internacionalmente como uma das maiores conquistas no bojo da luta social contra a ditadura empresarial-militar no Brasil, tendo incorporado referenciais ético-políticos solidários que suportam uma concepção ampliada de saúde, sendo esta orientada pela imbricação entre processo saúde-doença e condições de vida e trabalho, e não mais meramente pela ausência de doença.

Dantas (2017) destaca o consenso na literatura especializada de que foi a força da luta dos trabalhadores que retardou em alguns anos a introdução da agenda neoliberal no Brasil. Porém, sem muito tardar, mecanismos e instrumentos seriam engendrados para dar conta da sanha privatista na saúde, que depende de retrocessos no alcance e impacto dos direitos sociais.

Embora não sem disputas internas, o SUS é originalmente proposto pela RSB não como um ponto de chegada, mas como parte de um projeto societário mais amplo, com caráter civilizatório. Todavia, realizou-se essa proposta em uma conjuntura de ajuste macroeconômico, e na contramão dos movimentos históricos, políticos, culturais e econômicos que estavam a pleno vapor internacionalmente, em especial na América Latina. A fase áurea do *Welfare State* do pós-guerra já havia passado no contexto europeu. Portanto, Paim (2009) sinaliza que já nos anos 1990 o contexto foi hostil ao processo de reforma no Brasil, sendo esta subsumida mais objetivamente em função da construção da agenda do SUS.

O espaço da saúde no Brasil é tema disputado nas agendas políticas, acadêmicas e dos movimentos sociais sob prismas distintos, embora com certa confluência, até os dias atuais, em face da ofensiva neoliberal, da agenda de austeridade, do capital financeiro, da apropriação do fundo público e do consequente avanço do processo privatizante e de redução dos direitos sociais.

No debate da saúde como direito, entre os identificados com o movimento sanitário, persiste a defesa do arcabouço legal da saúde, embora este seja reconhecido como vitória parcial, e mais recentemente tenha demandado mais defesa contra a regressão de direitos do que avanços propriamente.

Ainda, por outro lado, mantém-se em foco o debate da necessidade de radicalização da RSB, de modo a buscar superar a fragmentação e localizar o movimento na totalidade da realidade social que a saúde integra.

Assim, apreender o debate da saúde e da gestão da saúde no Brasil pressupõe ultrapassar a aparência dos produtos, programas e estratégias frutos das políticas elaboradas, e buscar desvelar a essência dos mecanismos, estruturas, projetos societários e concepções ético-políticas que suportam e engendram essas medidas e processos.

Com a perspectiva de imbricar o campo científico com a luta pela redemocratização pós-ditadura empresarial-militar, surge no Brasil o movimento da Saúde Coletiva nas décadas de 1970 e 80. Considerado genuinamente brasileiro justamente por essa peculiaridade, a Saúde Coletiva constitui-se no espaço social que reúne as abordagens, estudos e práticas sobre a transformação do modelo biomédico hegemônico e a desnaturalização da vida social. Trata-se hoje do campo de saberes e práticas da saúde mais desenvolvido no que tange à discussão das tessituras entre saúde-doença e sociedade (Silva; Schraiber; Mota, 2019).

Tomando a saúde e o adoecimento pela forma como a vida se manifesta, entende-se que há limitações históricas para formular um conceito de saúde, mas ainda assim ele pode ser formulado na perspectiva de saúde como noção, saúde como lema, saúde como construção conceitual em curso, a fim de permitir a lida com esse objeto, ainda que com limites. Embora diversas, as noções de saúde são convergentes. Por fundamental, tome-se que é necessário observar a saúde não somente pelas suas características pragmáticas, operacionais e concreto-fáticas. Na perspectiva fundante do campo da Saúde Coletiva, o pressuposto é conceber as noções de saúde como representação que precisa ser rearticulada ao sócio-histórico, de modo a desnaturalizar as determinações da saúde humana (Silva, Schraiber, Mota, 2019). Todavia,

Na Saúde Coletiva, vemos que há uma tentativa de criar formulações articuladas ao social e ao histórico. No entanto, na maioria dos casos, uma crítica completa não é alcançada. Alguns elementos dessa lógica ligados ao factual concreto – e que se apresentam como uma racionalidade mais formal do que a dialética de entender esse factual concreto como sociabilidade e historicidade reais – são reconsiderados. Mas há grande dificuldade em superar a dimensão empírica

dos estudos em prol de uma construção mais profunda, como entendemos serem as formulações teórico-conceituais (Silva; Schraiber; Mota, 2019, p. 14-15).

Entendemos que o discurso da Saúde Coletiva se pretende um analisador crítico das categorias historicamente produzidas como ‘normal’ e ‘patológico’, embora ainda o faça mediado por limites, disputas epistemológicas e de abordagem metodológica. Assim, não sendo somente um mero neologismo para ‘saúde pública’, mas uma inflexão histórico-político-filosófica na concepção e abordagem da saúde, temos boas razões para trazer para o centro do debate sobre ‘saúde’ e ‘gestão da saúde’ os fundamentos epistemológicos complexos que sustentam as escolhas para a produção de conhecimentos e práticas no campo da Saúde Coletiva.

Ayres (2023) propõe que se faça uma revisita às bases filosóficas relacionadas ao modo como entendemos os fenômenos que estudamos nas ciências e, particularmente, nas Ciências da Saúde Coletiva, a fim de (re) constituir e/ou (re) criar unidade e sinergia em as áreas do campo.

A perspectiva defendida pelo referido autor é superar a atomização das diferentes áreas que compõem a Saúde Coletiva, bem como ultrapassar a leitura disciplinar do campo. Para tanto, seria inescapável atuarmos acerca da relação entre as diversas áreas da Saúde Coletiva – Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas em Saúde e Política, Planejamento, Gestão e Avaliação – consubstanciados pela emergência de uma consciência generalizada acerca da determinação social dos processos saúde-doença, renovando afinidades normativo-proposicionais indo para além do anúncio da necessidade de “estabelecer diálogo” entre as áreas (Ayres, 2023).

A arena institucional mais concreta em que a Saúde Coletiva tem atuação é o SUS que, embora tenha princípios e diretrizes solidários inscritos constitucionalmente, tem sua operação condicionada pelo modelo de desenvolvimento econômico, político e ideológico hegemônicos na sociedade capitalista. Ou seja, qualquer análise do campo, ou de objeto componente da Saúde Coletiva, como é o caso da Gestão, pressupõe trazer à tona as engrenagens que constroem e ameaçam as regras basilares do SUS e subvertem a noção de saúde como direito.

A persistência do financiamento insuficiente da saúde pública como contradição inaceitável

O SUS é um sistema constitucional universal, que vem sendo subfinanciado cronicamente desde sua criação e desfinanciado recentemente após o aprofundamento das políticas de austeridade. Essa assertiva compreende uma contradição insustentável. Sistemas universais financiados aquém das suas necessidades anulam sua finalidade primeira: garantir a saúde como direito a todos os cidadãos, conforme suas necessidades sociais, independentemente da sua capacidade de pagamento, da sua inserção no mercado de trabalho ou da sua condição de saúde.

O processo de disputa de projetos socio sanitários e de recursos orçamentários da saúde se dá em contexto de tríplice carga de doenças e transição sociodemográfica, em que convivem uma agenda não superada de doenças transmissíveis; doenças não transmissíveis, com um crescimento exponencial das doenças crônicas e agravos por causas externas, como violências e acidentes; transição demográfica acelerada; população crescente em face dos padrões de fecundidade anteriores; e aumento da expectativa de vida. Conforme Mendes (2008), em 1960 o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos era de 2,7%, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, quando vai superar o número de jovens.

Todo esse cenário se compõe de modo dinâmico, com particularidades regionais e entre os diferentes grupos sociais, demandando que o ordenamento da atenção considere as desigualdades em um país com mais de cinco mil municípios, sendo a maioria de pequeno porte. Arranjos de regionalização e organização da atenção em redes têm sido adotados como referência para construir a resposta social coerente com a realidade que se apresenta, mas os desafios para a gestão desse processo são inúmeros e complexos.

O Relatório da Comissão de Transição Governamental (Governo de Transição, 2022) apresenta uma análise sobre diferentes áreas e políticas de saúde, identificando problemas, desafios e impactos negativos resultantes de ações, políticas e medidas implementadas ou descontinuadas. Aponta ainda piora generalizada em indicadores de saúde, como: redução da taxa de cobertura vacinal; alto índice de reintrodução de doenças como a poliomielite; queda de consultas, cirurgias, procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados pelo SUS, tanto na atenção básica

como na especializada e hospitalar; retorno de internações por desnutrição infantil; estagnação da queda da mortalidade infantil e aumento de mortes maternas; adicione-se a isso um acúmulo de demanda suprimida pelo contexto pandêmico. E tem sido diante desse retrato das condições de saúde da população que se faz a aposta política em medidas de austeridade fiscal, não por acaso, também chamadas “austericídio”.

Com base em Zizek (2012) e Sloterdijk (2012), pode-se considerar que essa desconexão entre a retórica constitucional e a prática da política de subfinanciamento do SUS imediatamente pós-constituente compõe o que parece uma razão cínica característica da política na modernidade. Anuncia-se e dá-se publicidade a uma imagem-objetivo quanto aos direitos sociais, mas a realidade material está distante de oferecer as condições para que tais garantias se concretizem. Desconfiança política e naturalização do não alcance dos direitos sociais passam a compor a dinâmica de política, planejamento e gestão.

Tal contradição entre a promessa constitucional e condições objetivas de materialização do SUS é explícita e consenso entre os afiliados à noção de saúde como direito contemporaneamente e, inclusive, se reafirmou na situação da profunda crise sanitária vivida com a pandemia de covid-19.

Grave crise econômica se rebatia sobre o Brasil já em 2019, estendendo-se para 2020, período em que os resultados negativos da atividade econômica foram usados para justificar a redução de direitos da classe trabalhadora. Contrarreformas da previdência, flexibilização de contratos de trabalho, crescente desemprego e os cortes no orçamento da saúde, da assistência social, da ciência e tecnologia, da educação, e da cultura produziram um constrangimento e ajuste de ordem econômico-social contínuo, regular e devastador. Tudo isso ancorado no discurso falacioso de uma suposta investida contra privilégios, e em busca de um Estado menor (Granemann, 2021).

Com a pandemia da covid-19, anunciada em março de 2020, a superposição das crises econômica, política, ambiental, sanitária e social foi aproveitada pelo então governo federal como oportunidade para o avanço da agenda privatizante favorável ao capital, na forma de acumulação de lucro, enquanto a maioria da população vivia aprisionada em seus limites de existência física e material (Granemann, 2021).

Os processos de precarização da vida impostos pela lógica do capital historicamente atingem em especial a população negra, com ênfase para as mulheres negras, que estão na linha de frente da maior carga de adoecimento, insegurança alimentar e morte, o que foi aprofundado no período pandêmico. A formação social brasileira é marcada estruturalmente pelas relações étnico-raciais, e estas devem ser uma chave de análise central para a compreensão do desenvolvimento do capitalismo no país – caracterizado pela dependência econômica, cultural e política dos países de capitalismo central – e das políticas sociais sob a égide do capital (Fernandes, 1975; 2008).

Das políticas sociais, incluídas as da saúde, é esperado um efeito redistributivo orientado para a redução de iniquidades sociais. Ou seja, o acesso a bens e serviços não deve estar vinculado à capacidade privada de geração de renda dos indivíduos. O que, em termos político-organizacionais, significa apartar a condição de saúde das pessoas da posição que elas ocupam na sociedade de mercado, e imbricá-la à condição de direito fundamental (Levi, 2016).

Entretanto, relatório acerca da Saúde produzido durante o trabalho da equipe da transição governamental no Brasil reafirma que o país vive uma grave crise sanitária com consequente recrudesimento de iniquidades sociais. Para além do acúmulo de cerca de 700 mil mortes pela covid-19 (11% dos óbitos do mundo), no período pandêmico o desmonte e deterioração do SUS foram acelerados (Governo de Transição, 2022). Herdado de décadas anteriores, desde sua criação, esse processo de crise do SUS não se inicia com a pandemia, mas é aprofundado em medida inaceitável, produzindo o recrudesimento das desigualdades sociais e iniquidades em saúde no país.

São inegáveis os avanços do SUS, no que tange à ampliação do acesso, redução de desigualdades e melhoria dos indicadores de saúde, porém, desde que foi inserido na Constituição brasileira, nunca foram garantidas as condições materiais e objetivas para que ele se efetivasse plenamente. O financiamento do SUS nunca foi cumprido como previsto, sendo um consenso seu subfinanciamento histórico pela não execução do Orçamento da Seguridade Social, pelas desvinculações orçamentárias, entre outros dispositivos fiscais. E, mais recentemente, com a normatização da austeridade pela Emenda Constitucional-95 conhecida como Teto de Gastos, oficializa-se o desfinanciamento.

Esse processo de disputa orçamentária em torno de políticas sociais públicas e universais, manifesto por meio de manobras fiscais, como as renúncias fiscais e a Desvinculação das Receitas da União (alegadamente provisória, mas sucessivamente prorrogada), cria o que a procuradora do Ministério Público de Contas de São Paulo, Élide Pinto, nomeou de “cinismo fiscal” no debate *Estado de sítio fiscal no SUS*, promovido pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz, 2016). Élide apontou que são realizadas imposições de restrições orçamentárias para atingir resultados econômicos primários que, na prática, só se aplicam aos direitos fundamentais, enquanto abundam recursos para outros setores.

Componente determinante dos retrocessos no financiamento da saúde é representado pelo capital financeiro. A financeirização trata do padrão sistêmico de acumulação do capital, e o setor saúde não foi poupado. Sobre a financeirização, Ocké-Reis (2018) aponta que

Esta vai mais além que a privatização da saúde na infraestrutura, produção e consumo de serviços e gestão do sistema. Essas modalidades de privatização já eram bem conhecidas, estudadas e denunciadas pelo movimento sanitário. Trata-se, agora, de uma articulação público-privada específica, via empresas, que realizam a intermediação da assistência, ou seja, instituições financeiras que administram planos de saúde e se inserem no jogo especulativo das bolsas de valores. Esse processo está acompanhado do financiamento de campanhas de parlamentares e dirigentes do executivo, da cooptação de ministros da Fazenda, do Planejamento, da Casa Civil e da Saúde, assim como da captura da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), isto é, da ocupação de cargos de direção da ANS por empresários de planos de saúde, expressão do circuito entre gestores e técnicos da burocracia estatal e empresas do setor saúde (‘porta giratória’) e da produção e reprodução da corrupção (p. 15)

Assim, torna-se importante pontuar que, embora seja frequente (e necessário) o destaque ao histórico subfinanciamento e recente desfinanciamento nos debates sobre os gargalos fundamentais do SUS, é indispensável ter em mente que ampliar/adequar o financiamento não é suficiente. Poderíamos, com essa medida isolada, produzir sobrecarga aos municípios e ampliar a transferência do fundo público aos setores privados, visto há muito tempo a participação da União no financiamento está estagnada,

os gastos privados crescem e que há um franco tensionamento para consolidar e expandir um modelo de gestão da saúde que privilegia a execução e gestão de serviços pelas Organizações Sociais de Saúde (OSSs).

O Brasil não gasta pouco com saúde. Entretanto, o gasto público é baixo, tendo proporção inferior a todos os países com sistemas universais. É uma contradição inaceitável com um sistema universal a proporção de gasto privado ser superior ao gasto público. Além disso, no Brasil, do gasto privado, a maior parte é feita por desembolsos diretos da população, contribuindo para o gasto catastrófico das famílias, especialmente nos segmentos mais pobres (Souza et al., 2019; Ocké-Reis, 2018).

Por isso mesmo, a questão do financiamento precisa ser abordada como um desafio de ordem política, uma vez que pressupõe a redefinição da articulação público-privada, da participação dos entes federados no financiamento e articulação com medidas de redução das desigualdades injustas presentes nos modos de vida e trabalho da maioria da população.

A urgência em superar o mito da privatização como solução para a crise dos sistemas de saúde

Mito aqui é tomado no campo semântico da ideia falsa, como aquilo que apresenta uma imagem ilusória da realidade. Conforme Tasca e Benévices (2022), um mito de nosso tempo é que o setor privado seria capaz de evitar os desperdícios decorrentes de uma precária gestão da clínica, prevenindo procedimentos desnecessários e garantindo a segurança do paciente, sendo muito mais eficiente do que a gestão pública do SUS.

Atualmente, há uma reinvenção dos processos privatistas na saúde no SUS, de modo que não há transferência de propriedade do setor público para o privado, de fato. O que se observa é a ampliação dos mecanismos de mercado no sistema público de saúde, para o que melhor se acomoda a expressão “mercantilização”. Esta tem sentido mais amplo e indica o aumento da lógica privada no SUS. Esse mecanismo vem se estabelecendo por meio de contratos de gestão do setor público com as OSSs. No município de São Paulo, maior cidade brasileira – onde esse modelo de gestão via OSSs tem marca histórica e vem se fortalecendo – no ano de 2017, das 452 unidades básicas, somente 94 eram geridas pela administração pública (Correia; Mendes, 2023).

Esse processo sinaliza para o agravante que se traduz na dependência que o setor privado tem do fundo público. Seja por meio de subsídios, negociação de títulos e garantia de condições de financiamento de investimento, os recursos públicos têm sido de alguma forma transferidos para a criação de valor para o setor privado (Behring; Boschetti, 2009).

No Brasil, as OSSs são uma forte expressão fenomênica da reforma administrativa do Estado, que se consolida no SUS como modelo de gestão de serviços. A doutrina e práticas dessas organizações se apoiam no gerencialismo, uma ideologia geral que se manifesta pela máxima de que uma melhor gestão dará conta de resolver as questões socioeconômicas. Em concreto, na gestão pública, essa ideologia opera a partir da ideia de que devemos substituir políticos amadores e não confiáveis, por administradores profissionalizados. No gerencialismo vige a lógica do fazer mais com menos, buscando garantir uma suposta eficiência no setor público, e a competitividade de mercado no setor privado (Moraes; Bahia, 2022).

Desvela-se assim o caráter ideológico da gestão sob o gerencialismo, que se apresenta como racional enquanto dissimula o projeto de dominação que o suporta. Os procedimentos, instrumentos, dispositivos de informação e de comunicação em processos de gestão orientados pelo gerencialismo trazem consigo uma visão de mundo que se evade no universo das medidas matemáticas, em que o que não é medido não pode ser compreendido; apoia-se em uma racionalidade instrumental, em que as organizações são ‘dados’, e seu objetivo central é melhorar continuamente a produtividade e o rendimento dos trabalhadores; e se contradiz ao se pretender a-histórica, enquanto busca apreender uma realidade social profundamente historicizada (Gaulejac, 2007).

Apesar das promessas, a suposta maior eficiência na gestão de serviços pelas OSSs não está demonstrada, bem como são verificadas fragilidades no que se refere à análise de viabilidade desse modelo de gestão, na transparência das titularidades e transparência dos processos de contratação, bem como na prestação de contas sobre os serviços prestados nos contratos de gestão (Sánchez-Martínez; Abellán-Perpiñana; Oliva-Moreno, 2014; Andreazzi; Bravo, 2014; Andreazzi; Bravo; Pacheco, 2015).

Estudo intitulado “Censo das organizações sociais de saúde brasileiras: levantamento e caracterização” identificou em 2019 mais de 1.000 estabelecimentos gerenciados por OSSs no Brasil, geridos por 114 organizações, e

localizados principalmente nas regiões sul e sudeste. O estudo aponta o crescimento desse modelo de gestão a partir do contingenciamento fiscal iniciado nos anos 1990, com pico de contratos entre 2014 e 2016 (Barcelos et al., 2022).

Apoiada em paradigmas objetivista, funcionalista, experimental, utilitarista e economicista (Gaulejac, 2007), a racionalidade das OSSs e de outros modelos orientados pela mercantilização da atenção, orienta-se pela concentração de poder e recursos financeiros do fundo público, bem como pela submissão da saúde a questões técnicas de modernização. Há um distanciamento da concepção de saúde que orienta o projeto originário da RSB e o arcabouço político do SUS constitucional, portanto, compõe o mosaico de desafios urgentes para uma gestão da saúde que seja orientada pelas necessidades sociais. Conforme Krüeger e Reis (2019), como consequência desse avanço da lógica privada, temos a despolitização do SUS como projeto de saúde pública, bem como a fragilização política da gestão pública estatal, e a desarticulação dos trabalhadores, submetidos a frágeis modelos de contratos nesse cenário.

Ademais, a presença da lógica privada, que é autorizada constitucionalmente, apesar de histórica, vem também se atualizando a partir de estratégias que garantam lucro mesmo em tempos de crise. Exemplo disso é o movimento que as redes farmacêuticas vêm operando para a realização de vacinação, testes diagnósticos e teleconsulta (Conselho Nacional de Saúde, 2022), impulsionados pelo contexto da pandemia; bem como a expansão acelerada das clínicas alegadamente populares, que ofertam principalmente consultas e exames a preços abaixo dos que são praticados no mercado (Jurca, 2018; Campos et al., 2023).

A título de exemplo, análise feita na Área de Planejamento 3.1 do Rio de Janeiro (que engloba bairros suburbanos da zona norte carioca: Bonsucesso, Maré, Ramos e Manguinhos), há 293 estabelecimentos de saúde. Destes, 83% são da rede privada e, em sua expressiva maioria, consultórios isolados ou clínicas ‘populares’, que praticam preços abaixo dos comumente ofertados pelo mercado com foco nos segmentos mais pauperizados da população que não tem acesso a planos privados de saúde (Roza, 2020; Jurca, 2018; Campos et al., 2023).

Há uma capilarização dos interesses privados e da racionalidade da saúde como mercadoria agora em segmentos populacionais antes excluídos

dessa possibilidade, tendo as clínicas ‘populares’ o benefício da aparente resolutividade, mesmo sendo o SUS o prestador que de fato se responsabiliza pela atenção. Na aparência desses serviços privados, há um discurso de democratização da saúde, principalmente pelo acesso às especialidades, a preços ditos populares, o que se realiza por massivas estratégias de captação e fidelização de clientes que estão em um suposto vácuo entre os planos de saúde e o SUS; na essência, não resolutividade diante da complexidade das necessidades de saúde, sobrecarga à regulação no SUS pela dupla porta de entrada, possível interferência nos fluxos da Atenção Primária e reforço da mercantilização da saúde com baixa regulamentação para essa categoria de serviços do setor privado (Campos et al., 2023).

Ademais, temos as históricas investidas das operadoras de planos de saúde, com o permanente tensionamento da flexibilização da regulamentação e crescimento de lucro induzido pelas renúncias fiscais; a fragilidade da base de apoio social e político-partidário ao SUS – ainda que tenha havido um sopro de vitalidade durante a pandemia –, temos um cenário em que classes médias, parlamentares e servidores públicos utilizam planos privados de saúde, geralmente subsidiados; e a reivindicação de trabalhadores organizados pela garantia de planos privados como direito trabalhista.

Essa dinâmica se dá em um contexto em que a atual estrutura de acumulação capitalista tem como característica fundamental a dominância financeira. Nessa estrutura, temos ênfase na geração de riqueza nos mercados financeiros, foco nas finanças, centralidade dos mercados financeiros na gestão econômica, a ortodoxia do valor para os acionistas e cálculos financeiros conduzem alianças entre setores industriais, financeiros e burocracias estatais. Esse modo de ser do capitalismo, situado no processo de mundialização do capital (Chesnais, 1998), determinado a estruturação das políticas sociais e, portanto, as reinvenções do modo como o setor privado se manifesta na política, planejamento e gestão do SUS (Braga, 2009; Bahia et al., 2022).

Pelo exposto, uma gestão da saúde crítica aos processos de privatização pressupõe – concomitante à luta pelo financiamento – também discutir e remodelar as imbricações público-privadas hoje estabelecidas no SUS; criar estruturas institucionais e mecanismos regulatórios que possibilitem a atração de segmentos da clientela privada para o SUS; bem como é

preciso reduzir o gasto dos trabalhadores, das famílias e dos idosos com planos de saúde, serviços médico-hospitalares e medicamentos (Ocké-Reis, 2018).

Considerações finais

O cenário abordado é complexo e exigiria uma análise muito mais ampla para dar conta de todos os meandros que o compõem, a qual ultrapassa as possibilidades deste capítulo.

Por ora, para atingir o objetivo deste ensaio, enfatizamos que os sistemas de saúde são produzidos em processos históricos heterogêneos, mas sob certos ditames comuns da lógica e dinâmica do capital; e que os desafios estruturantes da gestão da saúde no Brasil podem ser apreendidos como persistentes e urgentes, de modo contextualizado nas reformas ocorridas, especialmente nos anos 1990, em países de capitalismo periférico da América do Sul, e à luz das acepções de saúde e gestão que orientam o projeto sócio-sanitário do SUS.

Compreender a totalidade em que se insere a crise dos sistemas de saúde nos exige a superação de leituras simplificadoras que colocam as questões em compartimentos estanques: público x privado, SUS x planos de saúde, ações de governo x ações da iniciativa privada, capital financeiro x capital produtivo. Uma casualidade de mão dupla, e a noção de gradiente entre esses elementos, é o que certamente nos aproximará de uma apreensão mais fidedigna e crítica desses fenômenos multifacetados da interface público/privada no cotidiano dos sistemas de saúde (Sestelo, 2018).

O contexto é de retrocessos político-assistenciais, normativos e gravemente orçamentários. A insuficiência de recursos para a saúde não será resolvida por uma suposta boa gestão pautada no alcance de metas e acompanhamento de indicadores matemáticos de eficiência e eficácia, inclusive, porque fazer uma boa gestão pressupõe contar com financiamento suficiente *a priori*. Precisamos dedicar tempo, estudo e ações para abandonar esse espantalho argumentativo de ‘ter que fazer mais com menos’.

Estruturas políticas, econômicas e sociais determinam os padrões de adoecimento e morte, logo, as desigualdades em saúde não são acidentais, mas sim o resultado de práticas e estruturas sócio-históricas

injustas que perpetuam iniquidades e marginalizam grupos populacionais apartados do usufruto das riquezas produzidas pelo trabalho.

A partir da gestão são operados os mecanismos e processos para uma assistência à população que realize os princípios ético-políticos e técnico-científicos que orientam o projeto de saúde e sociedade em voga. Entretanto, para que se leve a termo essa premissa na direção da transformação de sistemas de saúde e da produção da saúde como direito, faz-se necessária a politização da gestão, assumindo sua historicidade dialética e, portanto, sua orientação por valores societários em disputa. A gestão sanitária não pode ser conduzida de forma isolada da política, também porque muitos dos fatores que a influenciam têm origem fora do âmbito sanitário direto. Afinal, as leituras seminais na Saúde Coletiva já nos apontam há muito que a saúde é um processo social, e não mera questão de presença ou ausência de doenças.

A noção de gestão tecnocrática e a-histórica, subsumida a princípios de eficiência e eficácia economicista, seja na macropolítica, meso ou micropolítica, opera em favor de um projeto societário apoiado em valores incompatíveis com a tarefa dos sistemas de saúde universais. O conceito de saúde que vem balizando o debate em torno da eficiência em sistemas de saúde, especialmente durante as crises, é o da saúde como mercadoria, subsumido à matematização. Por isso, em sistemas de saúde orientados pela lógica de saúde como direito fundamental, é preciso reafirmar a finalidade primeira e última da gestão como a produção de saúde, e se afastar das perspectivas pragmáticas, supostamente não ideológicas, e que têm ênfase exacerbada na primazia da técnica e modernização.

A gestão da saúde subverte sua finalidade quando favorece uma visão de mundo voltada meramente para a otimização dos recursos financeiros, materiais e humanos. “...A esfera própria do planejamento e gestão está, pois, em articular o político com o técnico-científico na produção dos cuidados assistenciais em saúde” (Schraiber et al., 1999, p. 10). Trata-se de perseguir a finalidade negociada no interior de uma coletividade. No caso brasileiro, o pacto solidário pela saúde como direito fundamental de todos e dever do Estado.

O enfrentamento dos desafios do financiamento, das relações público-privadas e dos modelos de organização da atenção à saúde compõem a trama que denominamos persistências e urgências em uma agenda de gestão da saúde que seja comprometida com preceitos de justiça social.

Esse processo multifacetado em que a gestão da saúde está implicada não pode ser apreendido passando-se ao largo da dinâmica de dominância financeira na saúde. Contemporaneamente, essa perspectiva assume mais relevância ainda para as análises pois, se a acumulação financeira já é historicamente bem estabelecida na assistência, ultimamente se expandiu assumindo novas formas de conveniência para o lucro mesmo em tempos de crise baseadas:

[...] na ideologia de segmentação sócio-ocupacional da demanda e na organização da oferta segundo a capacidade de pagamento do usuário [...] A principal mudança estrutural ocorrida no período, entretanto, não foi a mudança de patamar no nível de capitalização das empresas médicas, mas a incorporação pelas empresas não financeiras estabelecidas no setor da lógica das relações financeirizadas determinadas pelo modo de ser do capital no século XXI (Sestelo, 2018, p. 05).

No momento histórico desta escrita, temos em processo a substituição do Teto de Gastos (EC-95) pelo Arcabouço Fiscal como novo instrumento orçamentário-financeiro. Entretanto, se por um lado o SUS saiu do engessamento absoluto, por outro, com a nova proposta em voga também não alcançaremos as condições para o sistema de saúde operar em situação adequada à tarefa de um sistema universal de saúde. Os gastos sociais continuarão constrangidos por regras complexas e dependentes de novas receitas, além de não termos cláusulas previstas para situações de crise, como se a experiência da pandemia não tivesse deixado nenhum legado para a lógica de financiamento e sustentabilidade do SUS (Cunha, 2023).

Nesse liame entre crise do direito à saúde e crise contemporânea do capital, fato é que para fazer frente ao SUS constitucional é necessária uma agenda imediata para ampliar recursos, de modo que estes se tornem coerentes ao tamanho da tarefa, implementando um regime fiscal que garanta o financiamento público da saúde e demais áreas sociais, inclusive em momentos de agravamento de crises. E, de modo inescapável, precisamos de uma ampla discussão sobre formas de reversão dos processos de privatização do SUS, com foco na problemática da terceirização da gestão; e necessitamos fazer isso de modo aliado a um debate para a produção de condições dignas de trabalho no SUS, construindo modelos de gestão que tenham como perspectiva uma carreira para os trabalhadores da saúde. Estas são condições necessárias para caminharmos na

direção de uma gestão da saúde verdadeiramente implicada com as necessidades da maioria da população brasileira no escopo de um sistema universal de saúde.

Referências

- ANDREAZZI, Maria de Fátima S.; BRAVO, Maria Inês S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. v. 12, n. 03, 2014, p. 499-518. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>. Acesso em 10 set. 2023.
- ANDREAZZI, Maria de Fátima S.; BRAVO, Maria Inês S.; PACHECHO, Jonathan. Novos agentes econômicos fomentados pela contrarreforma liberal na saúde: um panorama das Organizações Sociais atuantes no município do Rio de Janeiro, Brasil. In: BRAVO, Maria Inês S. *et al* (org.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Uerj- Rede Sirius, 2015. p. 61-67.
- AYRES, José Ricardo C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.
- AYRES, José Ricardo C. M. A Saúde Coletiva e suas áreas: territórios ou aldeamentos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 27, 2023, e220520. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220520>. Epub 06 Jan 2023. Acesso em: 7 set. 2023.
- AYRES, José Ricardo C. M. Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. **Intelligere, Revista de História Intelectual**, v. 2, n. 1, 2016.
- BAHIA, Lígia *et al*. Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bG4FMQpw-fnGs99fmPYHhrJR/#>. Acesso em: 10 set. 2023.
- BARCELOS, Catarina O. G. *et al*. Censo das organizações sociais de saúde brasileiras: levantamento e caracterização. **J Bras Econ Saúde**, v. 14, Supl. 1, p. 15-30, 2022.
- BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete. Capitalismo, liberalismo e origens da política social. In: BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete (org.) **Política social: fundamentos e história**. 6. ed. São Paulo: Cortez; 2009.
- BORRET, Rita Helena do Espírito S. E se Dona Violeta fosse uma mulher negra? Reflexões a partir de “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3969-3973, out. 2022.

BRAGA, José C. Crise sistêmica da financeirização e a incerteza das mudanças. *Estudos Avançados*, v. 23, p. 89-102, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner S.; CAMPOS, Rosana Teresa O. Gestão em Saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio César F. (org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 231-235.

CAMPOS, Douglas M. *et al.* Processo de trabalho em Clínicas Populares de Saúde na perspectiva de médicos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 27, p. e220330, 2023.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro de Estudos Estratégicos (CEE-Fiocruz). *É falso o discurso único de que não há alternativas ao corte de gastos públicos para conter a crise, afirmam pesquisadoras*. 18 ago. 2016. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=no-de/428>. Acesso em: 10 maio 2023.

CHESNAIS, François. (1998), “Introdução”. In: CHESNAIS, François (org.). *A mundialização financeira: gênese, custos e riscos* São Paulo, Xamã, p. 11-33.

CONILL, Eleonor M. A importância da continuidade dos sistemas nacionais europeus para as políticas de saúde na América Latina. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014, v. 30, n. 11, p. 2253. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XED011114>. Acesso em 29 ago. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº 009, de 27 de abril de 2022**. Recomenda a rejeição de emenda e de substitutivo apresentados ao PL nº 1998/2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2022/2449-recomendacao-n-009-de-27-de-abril-de-2022>. Acesso em: 05 maio 2023.

CORREIA, Daniele; MENDES, Áquilas. O Fundo de Saúde e sua apropriação pelas Organizações Sociais no município de São Paulo. *Saúde debate* [Internet]. v. 47, n.137, p. 76-89, abr.-jun. 2023. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7962> Acesso em: 18 jul. 2023.

CUNHA, Jarbas Ricardo A. Quais as consequências da aprovação do novo arcabouço fiscal para o SUS? *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 09-12, 2023. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1036>. Acesso em: 10 set. 2023.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health* Stockholm. Institute for Future Studies, 1991.

DANTAS, André V. *Do socialismo à democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1991.

FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes**. Vol. 1 O legado da raça branca. São Paulo: Globo, 2008.

FERNANDES, Florestan. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

GAULEJAC, Vincent. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2007.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistemas de Salud em América del Sur. In: GIOVANELLA, Ligia (org.). **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad**. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), 2012.

GONÇALVES, Ricardo Bruno M.; SCHRAIBER, Lilia B.; NEMES, Maria Inês B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima (org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 37-63.

GÖTTEMS, Leila Bernarda D. *et al.* As reformas dos sistemas de saúde da América Latina: influências neoliberais e desafios aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4383-4396, out. 2021.

GOVERNO DE TRANSIÇÃO. Gabinete de transição governamental. **Relatório Final** Brasília, dezembro de 2022.

GRANEMANN, Sara. Crise econômica e a covid-19: rebatimentos na vida (e morte) da classe trabalhadora brasileira. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/VqhBxrX6GWp7LhbNL-PWWxYH/#> Acesso em: 10 maio 2023.

JESUS, Washington Luiz A.; ASSIS, Marluce Maria A.; ANDRADE, Chaider G.; SANTANA, Sisse F. Planificação em saúde na América Latina: uma construção histórico-social. In: JESUS, Washington Luiz A.; ASSIS, Marluce Maria A. (org.). **Desafios do planejamento na construção do SUS** [online]. Salvador: EDUFBA, 2011, pp. 29-59.

JURCA, Ricardo L. **Individualização social, assistência médica privada e consumo na periferia de São Paulo**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2018.

KRÜGER, Tânia Regina; REIS, Camila. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. **Serviço Social & Sociedade** [online]. 2019, n. 135, p. 271-289. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.178>. Epub 20 Maio 2019. Acesso em: 7 set. 2023.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, ago. 2010.

LEVI, Maria Luiza. Sistema de saúde no Brasil: redistributividade no modelo de financiamento e provisão. **Revista Parlamento e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 33-63, jul./dez. 2016.

MARINHO, Alexandre; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o debate em torno da eficiência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

NAKATANI, P.; STOCCO, A. F. Austeridade e crise nas últimas décadas. In: FILIPPON, J. *et al.* **Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil** – perspectivas da economia política. São Paulo: Editora Hucitec: 2022, 29-55.

MENDES, Eugênio V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2008.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. A política do capital em crise e o desmonte recente da saúde pública no capitalismo dependente financeiro. In: FILIPPON, Jonathan *et al.* (org.). **Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil: perspectiva da economia política**. São Paulo: Hucitec, 2022. p. 56-95.

MORAES, Leonardo; BAHIA, Ligia. Organizações Sociais de Saúde: interseções entre o gerencialismo, a terceira via e terceiro setor. In: FILIPPON, Jonathan *et al.* (org.). **Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil: perspectiva da economia política**. São Paulo: Hucitec, 2022. p. 148-174.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 6, p. 2035-2042, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018>. Acesso em 7 set. 2023.

PAIM, Jairnilson S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária bra-

sileira. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 68-75, 2009.

ROA, Alejandra C.; CANTÓN, Gerardo A.; FERREIRA, Mariana Ribeiro J. Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reforma. In: MARQUES, Rosa M.; PIOLA, Sérgio F.; ROA, Alejandra C. (org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS, 2016.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther; OLIVEIRA, Ana Luíza. (org.). **Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

ROZA, Gabriele. A saúde dos subúrbios: Clínicas populares privadas tentam ocupar espaço do SUS nas periferias. **Portal Data_Labe**, 28 de setembro de 2020. Disponível em: <https://datalabe.org/clinicas-populares-privadas-tentam-ocupar-espaco-do-sus-nas-periferias-do-rio/> Acesso em: 12 maio 2023.

SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, Fernando Ignacio; ABELLÁN-PERPIÑANA, José María; OLIVA-MORENO, Juan. La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. **Gac Sanit.** v. 28, n. 1, p. 75-80, 2014;

SCHRAIBER, Lilia B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999. Disponível em: <https://www.scielo>.

br/j/csc/a/TvtKzPc3nZQTskgqLyD-L9hv/abstract/?lang=pt Acesso em: 10 abr. 2023.

SESTELO, José Antonio F. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2027–2034, jun. 2018.

SILVA, Letícia B.; BICUDO, Valéria. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, Tatiane Valeria C.; SILVA, Letícia B.; MACHADO, Thiago O. (org.). **Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises**. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 115–131.

SILVA, Marcelo José S.; SCHRAIBER, Lilia B.; MOTA, André. The concept of health in Collective Health: contributions from social and historical critique of scientific production. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, p. e290102, 2019.

SLOTTERDIJK, Peter. **Crítica da razão cínica**. São Paulo: Estação Liberdade, 2012.

SOUZA, Luis Eugenio P. F. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 24, n. 8, p. 2783–2792, 2019, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>. Epub 05 ago. 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>. Acesso em: 20 ago. 2023.

TASCA, Renato; BENEVIDES, Rodrigo P. S. SUS: desafios para tornar eficiente um sistema universal e subfinanciado. In: OCKÉ-REIS, Carlos Octávio *et al* (org.). **SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde**. Brasília: Ipea; Conass; Opas, 2022.

TEIXEIRA, Carmen Fontes S. Enfoques teórico-metodológicos do Planejamento em Saúde. In: TEIXEIRA, Carmen F. (org.). **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. p 17–32.

TEIXEIRA, Carmen Fontes S.; PAIM, Jairnilson S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde em Debate* [online]. v. 42, n. spe2, p. 11–21, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S201>. Acesso em: 18 ago. 2023.

TEMPORÃO, José G. Sistemas Universales de Salud em el Mundo em Transformación. In: GIOVANELLA, Ligia *et al* (org.) **Sistemas de salud em Suramérica: desafios para la universalidad, la integralidad y la equidad** Rio de Janeiro: ISAGS; 2012.

ZIZEK, Slavoj. **Vivendo no fim dos tempos**. São Paulo: Boitempo, 2012.

Saúde, desigualdade e financiamento: o mix público privado brasileiro e potencial redistributivo do SUS

Maria Luiza Levi

Universidade Federal do ABC Paulista

Sistemas de saúde são arranjos institucionais constituídos desde o final do século XIX, inicialmente em poucos países, articulando organizações e atores na produção de ações e serviços de saúde. Ao longo do século XX estruturas desse tipo foram estabelecidas em diversas nações, cada qual apresentando uma trajetória histórica e uma conformação específicas. Esse capítulo busca refletir sobre o sistema de saúde no Brasil e como sua combinação de elementos públicos e privados determina os contornos do acesso à saúde no país.

Saúde, desigualdade e redistributividade

A Constituição de 1988 reconheceu a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Para a viabilização desse direito, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), universal, de uso gratuito e financiado com recursos públicos extraídos do conjunto da sociedade via tributação. O SUS não é a única via de acesso à saúde no Brasil, pois a Constituição também estabeleceu a possibilidade de a iniciativa privada comercializar ações e serviços de saúde. O acesso à saúde pela via da compra, com recursos mobilizados de forma privada pelas pessoas individualmente, pode se dar tanto mediante o pagamento direto dos serviços pelos usuários no ato da utilização, como por meio de esquemas de pré-pagamento a planos de saúde.

Podemos dizer que o SUS é parte integrante do conjunto de políticas públicas de caráter social que envolve, além da saúde, a assistência, a previdência, a educação, a habitação, a cultura e os esportes, entre outros. É importante ter em mente que políticas públicas geralmente têm **efeitos redistributivos** na sociedade. Sua operacionalização se dá via orçamento público, que, em si, é uma instância redistributiva, que retira recursos da sociedade por meio de tributos e aporta serviços e benefícios sob a forma de despesas. Essas duas operações, a retirada e o gasto de recursos pelo Estado, mexem na posição econômica das pessoas. Os tributos alteram a sua renda disponível, confiscando parte dos seus ganhos, e o fazem mais intensamente com alguns do que com outros, interferindo, assim, na sua posição relativa. As políticas públicas, por sua vez, ao entregarem serviços ou envolverem aportes monetários (por intermédio de programas de transferência de renda, como Bolsa Família ou Auxílio Brasil), possibilitam que algumas pessoas desfrutem de maior quantidade de bens e serviços do que a sua renda inicial permitiria, modificando, também, sua posição relativa.

Portanto, uma questão central que se coloca é: como a configuração que rege o acesso à saúde no Brasil impacta a desigualdade? Em outras palavras, como podemos caracterizar o sistema de saúde brasileiro em termos de seu potencial redistributivo? Para respondermos a essa pergunta, vamos tomar de empréstimo o conceito de **desmercadorização** do acesso a direitos sociais desenvolvido por Esping-Andersen (1991) na formulação clássica de modelos de proteção social, debatida por diversos autores (no Brasil, ver especialmente Vianna, 1998 e Draibe, 2008).

Sob essa perspectiva, o arranjo institucional que organiza determinada política pública em uma sociedade será de caráter mais desmercadorizado quanto mais o acesso aos serviços e benefícios disponibilizados por essa política for desvinculado da capacidade individual das pessoas de obterem recursos no mercado. A **Figura 1** ilustra modelos ideais de proteção social com base na tipologia de Esping-Andersen, e serve como referência para analisarmos os sistemas de saúde.

Figura 1 - Modelos de proteção social

Modelo Características	Liberal	Corporativista	Social-democrata
Financiamento	Recursos Privados	Contribuições sobre salários	Tributos
Acesso/Benefícios	Condicionado à capacidade individual de poupança	Condicionado à posição do grupo / corporação no mercado de trabalho	Universal
Mercadorização/ Desmercadorização	Acesso mercadorizado	Baixa desmercadorização	Alta desmercadorização
Redistributividade	Muito baixa	Baixa	Alta

Adaptado de Esping-Andersen (1991)
Elaboração própria.

Arranjos institucionais norteados pelo modelo liberal de proteção social são aqueles em que o acesso à saúde depende fundamentalmente da capacidade individual de geração de recursos pelos usuários, o que, para a grande maioria das pessoas, está associado a sua inserção no mercado de trabalho. É importante ter em mente que o salário dos indivíduos economicamente ativos geralmente deve prover bens e serviços para si e para seus dependentes (filhos e demais dependentes sem rendimentos) e, portanto, o acesso à saúde desse grupo dependerá, no modelo liberal, da capacidade de geração de renda daquele provedor familiar.

O sistema de saúde mais conhecido que se organiza sob essa lógica é o norte-americano, onde a maioria da população tem acesso à saúde por meio de esquemas de pré-pagamento a planos privados de saúde. Nesse modelo, em geral o Estado oferece algum apoio a pessoas de renda muito baixa, concedendo subsídios para que possam adquirir serviços no mercado, ou organizando diretamente cuidados de saúde para esse segmento. Os recursos públicos têm um papel em princípio residual, porque pressupõe-se que a maioria pague por sua saúde e a de seus dependentes através de sua capacidade própria (ou privada) de geração

de recursos. A saúde é dita mercadorizada, no sentido de que o acesso, em termos de abrangência, frequência e qualidade do cuidado, é maior quanto melhor o posicionamento dos indivíduos no mercado. A redistributividade é muito baixa pois, para a maior parte das pessoas, o acesso reproduz o seu posicionamento no mercado. Ainda que os indivíduos muito pobres possam desfrutar de serviços de saúde que não teriam na ausência dos gastos públicos, tal acesso tende a ser carregado de estigma, reforçando seu status de integrantes do segmento mais baixo da pirâmide social. De fato, nesse modelo, o acesso aos serviços bancados com recursos públicos é do tipo *means tested* (teste de meios, em tradução literal), ou seja, restrito às pessoas que comprovam rendimentos abaixo de um determinado patamar.

Sistemas de saúde forjados sob padrões de proteção social do tipo corporativista normalmente são financiados com contribuições sobre trabalhadores e empregadores instituídas compulsoriamente pelo Estado. Em geral, esses sistemas se fragmentam em vários segmentos específicos por categoria de trabalho (ou corporação, daí o termo corporativista). Cada sub-sistema é financiado pelo fundo que reúne as contribuições dos integrantes daquele grupo com alguma complementação de recursos públicos. O acesso à saúde é diferenciado em função da capacidade contributiva de cada categoria, tendendo a ter alcance, frequência e/ou qualidade superiores nos segmentos mais bem posicionados no mercado de trabalho. Há desmercadorização em certa medida, já que no interior de cada segmento há indivíduos com diferentes capacidades contributivas que desfrutam do padrão de cuidado da categoria.

Geralmente, o Estado assegura cuidados mínimos de saúde aos indivíduos incapacitados para o trabalho, bem como à parcela mais pobre da população, que tende a ter uma inserção laboral precária. Uma vez que o acesso à saúde é definido pelo status social de cada corporação, a redistributividade dos arranjos do tipo corporativo, embora mais alta que no modelo liberal devido à maior participação dos recursos públicos no custeio dos serviços, ainda é considerada baixa. Além disso, o estigma das camadas mais vulneráveis também é reforçado nesse modelo.

Em suma, embora haja garantia de acesso a todos, o cuidado aos cidadãos é diferenciado em função de sua inserção no mercado e na própria hierarquia social. Os sistemas de saúde alemão e austríaco são normalmente citados como exemplos do modelo corporativista.

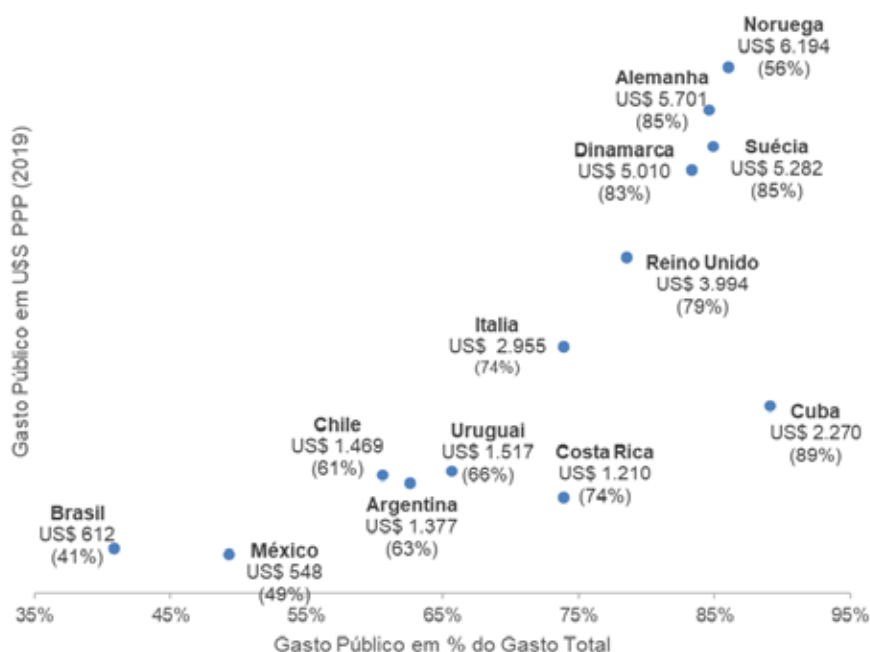
Finalmente, sistemas constituídos sob o modelo social-democrata disponibilizam acesso universal à saúde, gratuito para quem utiliza, com financiamento via tributos. Nesses sistemas, apenas uma parte residual do gasto total com saúde é de origem privada, correspondendo a itens ou serviços não oferecidos no sistema público (como acomodações particulares, tratamentos estéticos ou determinados medicamentos ou equipamentos de saúde). A saúde é desmercadorizada, pois o acesso praticamente independe da posição socioeconômica dos indivíduos, e a redistributividade é alta, uma vez que, por meio de financiamento coletivo (tributário), pessoas de todos os pontos da pirâmide social desfrutam do mesmo padrão de cuidado à saúde. Exemplos de sistemas de saúde organizados sob o modelo redistributivo são os dos países nórdicos (Suécia, Dinamarca, Noruega, Finlândia), o da Itália e o National Health Service inglês (NHS).

O mix público-privado característico do arranjo institucional brasileiro

O SUS se inspira num modelo do tipo social-democrata, porém, em contraste com o que acontece nos países que se organizam sob essa lógica, em que o fundo público financia a maior parte dos serviços e ações de saúde usufruídos pela população, aqui os tributos são responsáveis por uma parcela muito menor dos gastos totais com saúde.

O **Gráfico 1** evidencia essa diferença do perfil de gasto com saúde no Brasil em relação ao de outros países de sistema universal, como Reino Unido, Itália e países nórdicos. Também salta aos olhos o baixo patamar de gasto público *per capita* (US\$ 612 ao ano) em relação ao de outras nações, mesmo considerando aquelas cujo perfil socioeconômico é mais próximo ao brasileiro.

Gráfico 1. Gasto público per capita em saúde em dólares por Paridade de Poder de Compra de 2019 e % sobre o gasto total: países selecionados

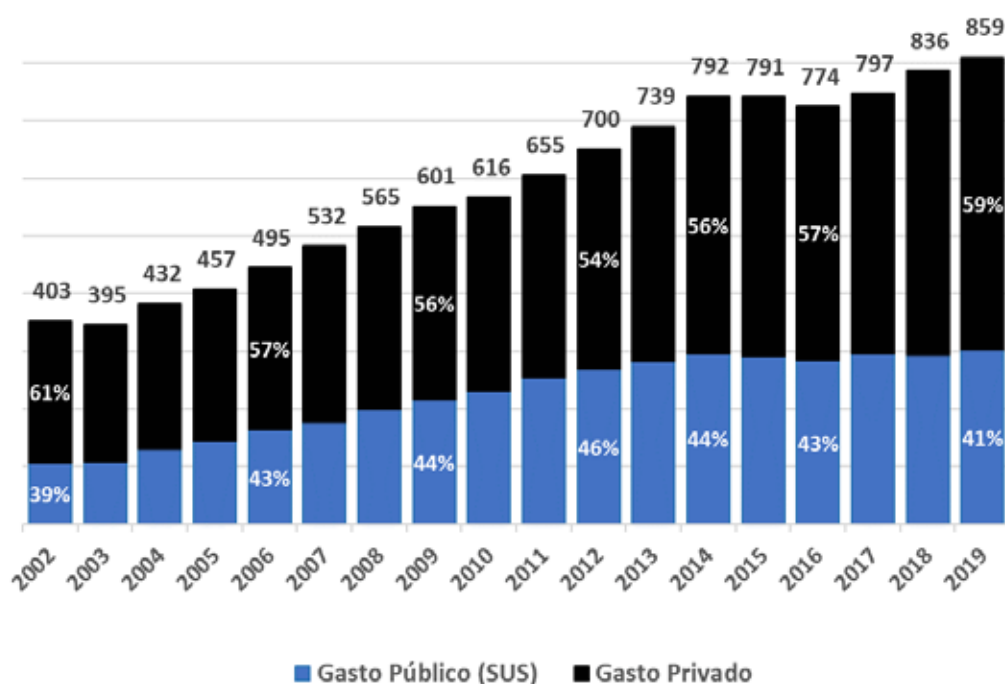


Fonte: Elaboração da autora com base em Global Health Expenditure Database (World Health Organization, 2023).

O gasto público no Brasil é baixo não só em comparação ao dos poucos países latino-americanos cujos sistemas, de acordo com Levcovitz e Couto (2019), são universais, como Uruguai, Cuba e Costa Rica. Mais do que isso, o governo brasileiro gasta menos por habitante no SUS do que os governos de países em que o gasto público se destina apenas à parcela da população de menor renda, caso do Chile e da Argentina.

O **Gráfico 2** mostra a evolução do gasto total em saúde no Brasil e sua distribuição entre dispêndio público e privado nas últimas décadas. Entre 2002 e 2019, o gasto total em saúde mais que dobrou em termos reais (aumento de 113%), implicando em um crescimento de 83% da despesa *per capita* (de R\$ 2.255 para R\$ 4.089 a preços de março de 2022). No início da série, o gasto público não chegava a 40% do total, mas durante os anos 2000, cresceu mais aceleradamente que o privado, num movimento que durou até 2012, ampliando sua participação para 46% do total. Desde então, o financiamento do SUS começou a perder força em relação aos desembolsos privados, chegando em 2019 a 41% do total.

Gráfico 2. Gasto total em saúde, gasto público e gasto privado – 2002/2019:
R\$ bilhões* e participação %



Nota: * A preços de 2022 - março, com base na variação do IPCA/IBGE

Fonte: Conta satélite da saúde (IBGE, 2020); Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil, 2023a), Ministério da Saúde / Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (Brasil, 2023b)
Elaboração própria.

A despeito do caráter universal do SUS, portanto, o nível do gasto público com saúde vem impondo um limite concreto ao seu potencial de redistributividade. A tendência de crescimento relativo mais veloz do gasto público nos anos 2000, apesar de constituir esforço importante, foi claramente insuficiente e se reverteu quase que por completo nos últimos anos.

É possível afirmar que o acesso à saúde no Brasil é desmercadorizado para aqueles que utilizam o sistema público. Porém, considerando o conjunto da população, o patamar comparativamente baixo da despesa *per capita* destinada ao SUS sugere que um volume considerável de necessidades de saúde não é atendido adequadamente em termos de quantidade, alcance, qualidade e/ou em relação ao tempo de provisão do cuidado.

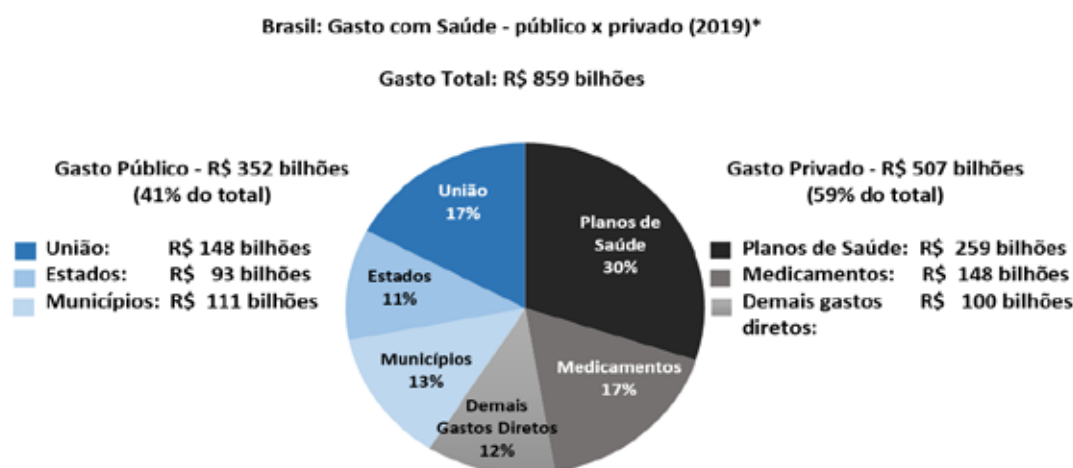
Quantificar e qualificar essa deficiência de acesso é uma tarefa muito complexa, porém o perfil de estruturação da política de saúde no interior do SUS sugere que há elevada cobertura na atenção básica, embora em uma extensão inferior ao que seria desejável para que esse nível de

atenção alcançasse sua resolutividade potencial. O nível intermediário de atenção, particularmente no que se refere a algumas especialidades, seria mais problemático em termos de cobertura. Além disso, haveria cobertura no que seriam as ilhas de excelência do SUS, ou seja, determinados procedimentos, terapias de alta complexidade e alguns medicamentos de alto custo que atendem ao conjunto da população. Ocorre que o acesso aos níveis mais complexos do sistema de saúde depende da possibilidade de o usuário percorrer níveis básicos e intermediários de atenção.

Sistema de saúde e sustentabilidade financeira dos arranjos público e privado

O Gráfico 3 detalha o perfil da despesa com saúde considerando recursos de origem pública destinados ao SUS e de fontes privadas. Dos quase R\$ 860 bilhões gastos em 2019 no Brasil (último ano para o qual há informações de todas as fontes de despesas), quase 60% foram de origem privada, correspondendo a desembolsos diretos das pessoas com itens variados, como consultas, exames e internações (12% do total), com medicamentos (17%) e com o pagamento de mensalidades de planos de saúde por parte de pessoas físicas e de empresas que compram planos de saúde para seus funcionários (30%).

Gráfico 3 - Brasil: gasto com saúde em 2019 (público, privado e total) *



Nota: * A preços de 2022 - março, com base na variação do IPCA/IBGE

Fonte: Elaboração da autora com base em: Conta satélite da saúde (IBGE, 2020); Ministério da Saúde/ Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil, 2023a); Ministério da Saúde / Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Brasil, 2023b).

Uma pergunta que pode surgir a partir da constatação do abismo entre a capacidade financeira efetiva do SUS e a predominância de fontes privadas de financiamento do cuidado à saúde é a seguinte: nesse cenário de restrição crônica de recursos, não seria mais adequado limitar o acesso ao SUS aos mais vulneráveis, evitando assim que determinadas pessoas usufruam do sistema público mesmo podendo pagar privadamente por seu acesso à saúde? Até que ponto faz sentido que o Brasil tenha um sistema de saúde que se propõe universal?

Para abordarmos essa questão, inicialmente vamos analisar o gasto público, seu histórico e suas limitações. Em primeiro lugar, chama a atenção, no perfil do financiamento público ao SUS, a baixa participação individual da União, menos da metade dos recursos destinados ao sistema (42%). O percentual é reduzido, considerando que a União chegou a financiar quase 60% da despesa com o SUS no início dos anos 2000 (Piola; Paiva; Sá; Servo, 2013), e se explica, inicialmente, pela aprovação da Emenda Constitucional 29/2000, importante marco do financiamento da saúde pública no país. Essa norma obrigou estados e municípios a destinarem uma parte de sua receita de impostos a gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), ou seja, despesas no âmbito do SUS (sendo 12% dos impostos para estados e 15% para os municípios, incluindo aqueles de transferências constitucionais). Para a União, porém, a EC 29 determinou a *manutenção* do nível de gastos registrados em 1999 acrescidos de 5%, obrigando apenas a sua atualização conforme a variação do Produto Interno Bruto (PIB).

Dessa forma, enquanto estados e municípios passaram a gastar progressivamente mais para se ajustarem à EC 29, o aumento real do financiamento federal ao SUS foi muito inferior ao dos demais entes, resultando na queda relativa de sua participação no gasto total. Mais recentemente, a chamada Emenda do Teto de Gastos (EC 95/2016) determinou o congelamento do valor real da despesa da União com políticas públicas por 20 anos, impondo enormes dificuldades à elevação do financiamento federal ao SUS¹.

Contudo, já há muitos anos, os gastos dos estados e especialmente dos municípios superam em muito aquilo que determina a legislação. Para que se tenha uma ideia, dados do Sistema de Informações sobre Orça-

¹ Nos últimos dois anos essa regra tem sido temporariamente flexibilizada por conta dos gastos associados ao enfrentamento da pandemia de covid-19, os quais têm sido realizados por fora do teto.

mentos Públicos em Saúde (SIOPS) mostram que, no ano que antecedeu a pandemia, 2019, 65% dos 5.570 municípios brasileiros destinavam montante igual ou superior a 20% de sua receita de impostos ao SUS, ou seja, um terço a mais do que a determinação legal. Desse conjunto de municípios, 36% (o equivalente a quase um quarto do total de municípios brasileiros) destinavam 25% ou mais da arrecadação de impostos a Ações e Serviços Públicos de Saúde.

Pois bem, se o SUS fosse um sistema pensado para cobrir apenas a fração mais pobre da população brasileira, seria difícil imaginar que os municípios destinassem tamanha proporção de seu esforço fiscal para a saúde. No caso dos estados, a situação é menos gritante, mas remete à mesma reflexão. Metade dos 26 estados brasileiros gasta 13% ou mais de sua receita de impostos com saúde, sendo que quatro unidades federativas gastam mais de 16%.

Assim, uma consideração importante a fazer é que um sistema de saúde exclusivamente voltado para segmentos pobres da população tende a enfrentar uma limitação financeira muito maior do que um sistema de caráter universal. Efetivamente, se o SUS já padece desse grau de subfinanciamento se propondo a fornecer cuidado ao conjunto da população, qual seria o seu lugar na disputa por recursos nos orçamentos das três esferas caso se restringisse aos pobres? Em especial, dificilmente procedimentos, terapias e medicamentos caros e de alta complexidade que atualmente beneficiam ricos e pobres, muitos com alta qualidade, seriam disponibilizados no sistema financiado com recursos públicos.

Agora vamos olhar para o outro lado do financiamento à saúde no Brasil, os gastos privados. Em 2019, os beneficiários de planos de saúde somavam pouco mais de 47 milhões de pessoas entre titulares e dependentes. Quando a economia brasileira ainda crescia, em 2014, o volume de beneficiários dos planos chegou a 50,5 milhões de pessoas, mais de 25% da população brasileira. Os gastos de beneficiários de planos de saúde com as mensalidades em 2019, R\$ 238 bilhões (Gráfico 2), correspondem a um valor *per capita* um pouco superior a R\$ 5 mil, mais de três vezes o gasto *per capita* no SUS nesse mesmo ano, em torno de R\$ 1,5 mil².

² Em realidade, esses gastos per capita não são diretamente comparáveis, uma vez que a cobertura dos planos de saúde é de natureza assistencial, enquanto o SUS precisa dar conta de ações de prevenção e promoção da saúde, vigilância sanitária e epidemiológica, financiamento de pesquisas, entre outros gastos que beneficiam o conjunto da população.

Mesmo assim, como apontam Moraes, Santos, Vieira e Almeida (2022), no Brasil a chance de comprometimento expressivo da renda (acima de 40%) com despesas com medicamentos é altíssima entre beneficiários de planos de saúde, especialmente no grupo dos mais idosos e de menores rendimentos. Seguramente, essa deficiência de cobertura dos planos contribui para o elevado patamar do gasto com medicamentos da população evidenciada no **Gráfico 2**, juntamente com insuficiências do próprio SUS, embora a cobertura desse último seja mais ampla que a dos planos nesse âmbito.

Os autores mostram ainda que a cobertura de planos de saúde traz outro risco para os beneficiários: o comprometimento de parcelas muito expressivas de sua renda com as próprias mensalidades. Esse risco também é especialmente mais elevado para os beneficiários de menor renda e de maior faixa etária. Entre as explicações do fenômeno, destaca-se outro estudo que indica que a política de reajustes de preços dos planos de saúde acaba expulsando justamente de beneficiários das faixas etárias superiores, que são mais onerosos para as operadoras em função da maior intensidade de utilização de serviços (Ocké-Reis; Leal; Cardoso, 2021). Segundo os autores, num cenário recessivo e com perda de beneficiários, a prática aparentemente estaria por trás da elevada lucratividade do segmento.

Como se sabe, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apenas controla os reajustes dos planos de saúde individuais. Os planos coletivos – cerca de 80% dos contratos comercializados pelas operadoras –, não têm limitações de reajuste, pois a legislação brasileira considera se tratar de uma relação entre dois agentes simétricos em termos de poder de barganha, a operadora e a empresa contratante do plano.

Quando os beneficiários dos planos coletivos se aposentam, podem mantê-los sob determinadas condições, porém passam a integrar um grupo segregado do restante dos funcionários da empresa. Os reajustes praticados sobre esse grupo específico, menor em número, que em princípio usa mais os serviços de saúde e cuja renda tende a cair em relação ao passado pela saída do mercado de trabalho, não precisa acompanhar as condições negociadas para os planos dos trabalhadores da ativa, seguindo, muitas vezes, a sinistralidade do próprio grupo (Sakamoto, 2016; Robba, 2017). Ou seja, na prática, a partir da aposentadoria, o modelo regulatório permite o rompimento das condições básicas do contrato vigentes durante

o período laborativo: a proteção da negociação coletiva e a diluição dos custos num grupo maior e integrado por trabalhadores ativos e, em princípio, saudáveis, porque aptos ao trabalho.

Assim, o desenho institucional que rege a atuação dos planos de saúde no Brasil permite que operadoras ofereçam uma cobertura insuficiente e adotem estratégias que inviabilizam a permanência dos usuários mais onerosos. É importante reforçar que o modelo se assenta no apoio financeiro do Estado, já que os beneficiários podem abater de seu Imposto de Renda as despesas com as mensalidades, enquanto as empresas empregadoras podem descontar o que gastam com planos de funcionários da base de incidência do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL).

O incentivo fiscal para que as empresas adquiram planos de saúde para seus funcionários parece ser definitivo para explicar o tamanho do setor. De fato, considerando que mais de 80% dos brasileiros pertencem a famílias com renda *per capita* até dois salários-mínimos e mais de 90% até três salários-mínimos – segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (IBGE, 2018) –, parece pouco sustentável que os planos de saúde cubram entre 1/5 e 1/4 da população, simplesmente porque os rendimentos de parte dessas pessoas não são compatíveis com a capacidade de geração de poupança necessária para sustentar o benefício.

Aparentemente, portanto, o segmento de planos de saúde se apresenta sobredimensionado, o que impõe a necessidade de rediscussão da estrutura regulatória do setor, evidentemente falha e inconsistente com a proteção do direito à saúde. O acesso mercadorizado via planos de saúde é perverso no arranjo institucional brasileiro, porque só conseguem permanecer como beneficiários e usufruir efetivamente da poupança gerada no período laborativo os indivíduos com maior capacidade financeira.

Essas considerações sobre a provisão de saúde por meio de planos privados reforçam a importância de o Brasil aprofundar o SUS como estratégia de garantia do acesso. Mas, para além do plano estritamente financeiro, também é importante levar em conta os padrões de organização da provisão do cuidado sob as lógicas pública e privada.

O SUS parte de uma concepção de rede de saúde hierarquizada e regionalizada no território, na qual diferentes *pontos de atenção* devem trabalhar de maneira articulada. O acesso aos recursos assistenciais de diferentes

níveis de complexidade é pensado para ocorrer de maneira ordenada, de forma que o percurso do usuário ocorra como um processo que integra os diferentes pontos sob uma lógica que busca o cuidado mais adequado a sua condição de saúde. Embora provavelmente muitas experiências no SUS não reproduzam adequadamente esse roteiro, o ponto central é que a arquitetura institucional do sistema admite a permanente implementação de políticas que conduzam o seu funcionamento nessa direção.

Já o segmento privado não opera sob uma lógica de sistema de saúde. Seus atores são provedores (hospitais, clínicas, consultórios e laboratórios) e intermediários (planos de saúde) que atuam sob uma racionalidade de mercado, em atividades de compra e venda em que, concretamente, o que um perde, o outro ganha. Nesse cenário, além da existência de sérios conflitos de interesse na produção do cuidado (estratégias de lucratividade podem levar provedores a recomendar procedimentos desnecessários, e intermediários a dificultarem ou negarem cuidados necessários), a adoção de práticas voltadas a produzir uma lógica de funcionamento que hierarquize o uso dos recursos e produza o tratamento mais adequado ao usuário, embora não seja impossível, é muito improvável, pelos custos envolvidos e pela dificuldade de produzir ganhos para esses agentes.

Adicionalmente, o SUS tem vantagens econômicas importantes em relação aos arranjos privados, como a não existência de custos de corretagem e marketing, a adoção de sistemas centralizados de registro, cobrança e auditoria de procedimentos e a possibilidade de adoção de práticas de pagamento de provedores que incentivam a integralidade do cuidado (Levi; Peres, 2022).

O enfrentamento da pandemia de covid-19 mostrou uma enorme capacidade de resistência e organização do SUS. A despeito das diversas falhas de condução da política de saúde, especialmente por parte do governo federal, o SUS mostrou dispor de instrumentos de articulação capazes de dar conta da enorme complexidade da federação brasileira na produção de estratégias de prevenção, vacinação e assistência. O fortalecimento de sua base financeira é o caminho que pode viabilizar um processo de efetivação do direito à saúde compatível com o perfil de renda da população brasileira.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Dados e indicadores do setor**. Brasília, DF: ANS, jul. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 20 abr. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). **Indicadores**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/indicadores>. Acesso em 20 abr. 2023b.
- DRAIBE, Sônia Miram. Estado de Bem-Estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCKMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 24, set.1991.
- IBGE. **Conta-Satélite de Saúde**. Tabelas 2010-2021. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9056-conta-satelite-de-saude.html> Acesso em: 20 abr. 2023.
- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: PNAD**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.
- LEVCOVITZ, Eduardo; COUTO, Maria Helena C. **Sistemas de saúde na América Latina no século XXI**. Brasília, DF: Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas, 2019.
- LEVI, Maria Luiza; PERES, Ursula D. O SUS e o acesso privado à Saúde no Brasil: dois modelos em disputa. In: ROSSINI, Gabriel A. A. (org.) **Covid-19: economia, sociedade, política e território**. Santo André: EdUFABC, 2022.
- MORAES, Ricardo M.; SANTOS, Maria Angelica B.; VIEIRA, Fabiola S.; ALMEIDA, Rosimary Terezinha. Cobertura de políticas públicas e acesso a medicamentos no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 56, n. 58, jun. 2022.
- OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; LEAL, Rodrigo M.; CARDOSO, Simone S. Desempenho do mercado de planos de saúde (2014- 2018). **Nota Técnica DI-SOC**, n. 97. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, set. 2021.
- PIOLA, Sérgio F.; PAIVA, Andrea B.; SÁ, Edivaldo B.; SERVO, Luciana M. **Financiamento público de saúde: uma história à procura de rumo**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1580> Acesso em: 20 abr. 2023.
- ROBBA, Rafael. **Judicialização dos planos e seguros de saúde coletivos no Tribunal de Justiça de São Paulo**. 2017. 135 f. Dissertação (Mestrado em Ciências)– Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- SAKAMOTO, Luciana M. **O modelo de pós-pagamento nos contratos de pla-**

no de saúde e a viabilização do direito de extensão do benefício pós-emprego. 2016. 212 f. Dissertação (Mestrado em Direito)– Faculdade de Direito. São Paulo: Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, 2016.

VIANNA, Maria Lucia T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil:** estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan; IUPERJ, Universidade Candido Mendes, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Health Expenditure Database.** Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database>. Acesso em: 20 abr. 2023.

Atenção Primária à Saúde nos países da América do Sul

Ligia Giovanella

Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz

Suelen Carlos de Oliveira

Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz e Unigranrio

Introdução

A atenção primária à saúde (APS), desde a Conferência Internacional de Alma Ata em 1978, é entendida como uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde. Os benefícios de sistemas de saúde sustentados por APS de qualidade para a saúde da população, a equidade no acesso e a eficiência são reconhecidos internacionalmente. Atualmente o fortalecimento da atenção primária é considerado o alicerce para o acesso universal e uma das estratégias mais efetivas para responder às mudanças no perfil de morbimortalidade (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Este capítulo tem por objetivo analisar as características da atenção primária à saúde (APS) nos 12 países da América do Sul. Inicia discutindo os diversos entendimentos que se tem sobre o que é APS ao apresentar as abordagens e concepções da atenção primária à saúde e seu desenvolvimento ao longo do tempo. Na segunda parte, analisa as políticas e programas de APS nas duas primeiras décadas dos anos 2000. Descreve as características da APS nos sistemas de saúde da América do Sul, considerando a organização dos serviços de APS com seus estabelecimentos, equipes e territórios, o trabalho de agentes comunitários de saúde, a força de trabalho e formação para a APS, a participação social e a interculturalidade. Ao final, discute os desafios e as perspectivas para a efetivação da APS integral em sistemas públicos universais de saúde nos países da região.

O que é atenção primária à saúde? Abordagens de APS

Ainda que haja uma certa unanimidade dos benefícios da APS para a saúde das pessoas, são muitas as compreensões, abordagens e formas de implementação da atenção primária à saúde nos países.

A Declaração da Conferência sobre APS de Alma Ata é um marco histórico importante. Reconheceu a saúde como direito humano fundamental e difundiu uma concepção de **APS integral** que inclui entre seus princípios:

- acesso universal com base nas necessidades de saúde e uso de tecnologias apropriadas e efetivas. É **parte de um sistema integrado de saúde de acesso universal e equitativo**;
- o imperativo de enfrentar os determinantes de saúde socioeconômicos mais amplos. A saúde é, portanto, entendida como **inseparável do desenvolvimento econômico e social** sendo necessária a ação e coordenação com outros setores de políticas públicas para a promoção da saúde;
- e a **participação social** para gerar autonomia e ampliar direitos sociais e efetivar o direito universal a saúde (Organización Mundial de la Salud. OMS, 1978).

O Quadro 1 apresenta uma síntese da abordagem de APS integral na Declaração de Alma Ata.

Quadro 1 - Abordagem de APS na Declaração da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde de Alma-Ata. URSS, 6-12 de setembro de 1978

A saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é direito humano fundamental.

O desenvolvimento econômico e social é de importância fundamental para a plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000.

A atenção primária à saúde:

- envolve, além do setor saúde, todos os setores correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, entre estes a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações entre outros setores;
- engloba cuidados essenciais; é baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis;
- direciona-se aos principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades;
- seu acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar;
- representa o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham;
- é o primeiro elemento de um processo permanente de atenção à saúde que inclui, pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantis, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais;
- deve ser apoiada por sistemas de referência integrados, levando à progressiva melhoria da atenção integral à saúde para todos, dando prioridade aos que têm mais necessidade.

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978).

Logo após a Conferência de Alma Ata, iniciativas de organismos internacionais difundiram uma abordagem seletiva de APS, prescrevendo uma cesta com seleção mínima de serviços focalizada em populações em extrema pobreza, e distorcendo os ideais de saúde para todos e da APS integral. Uma concepção que Mario Testa (1992) denominou de “primitiva”, medicina pobre para pobres.

A **APS seletiva** corresponde a um programa seletivo com cesta restrita de intervenções ‘custo efetivas’, limitado à atenção materno infantil e doenças infecciosas, geralmente com pouca resolutividade, focalizado em populações em pobreza extrema. Esta abordagem seletiva foi prescrita e difundida pelo Banco Mundial, nos anos 1990 na América do Sul, no contexto das reformas neoliberais, em programas focalizados com responsabilização governamental apenas por cesta restrita de serviços de saúde de baixo custo, sem garantia de atenção integral conforme necessidade.

Uma outra abordagem é a APS como **primeiro nível de atenção**: os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde direcionados a cobrir as afecções mais comuns, e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, incluindo amplo espectro de serviços clínicos e por vezes ações de saúde pública. Esta abordagem de APS está presente em sistemas universais de saúde de países europeus como na Espanha, Portugal ou Inglaterra.

Uma síntese das abordagens de APS identificadas no documento da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) para renovação da APS nas Américas em 2005 (Organização Pan-americana da Saúde, 2007) pode ser visualizada no Quadro 2.

Quadro 2 - Abordagens da Atenção Primária em Saúde

Abordagem	Conceito de Atenção Primária em Saúde	Ênfase
APS Seletiva	Programas focalizados e seletivos com cesta restrita de serviços para enfrentar limitado número de problemas de saúde nos países em desenvolvimento. Dirigidas ao grupo materno infantil, as ações mais comuns são: monitoramento de crescimento infantil, reidratação oral, amamentação e imunização e, por vezes, complementação alimentar, planejamento familiar e alfabetização de mulheres.	Conjunto restrito de serviços de saúde para população pobre
Primeiro nível de atenção	Refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo, correspondendo aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato não especializados incluindo ações preventivas e serviços clínicos direcionados a toda a população. Trata-se da concepção mais comum em países da Europa com sistemas universais públicos. Em sua definição mais estreita refere-se à disponibilidade de médicos com especialização em medicina geral ou medicina de família e comunidade (médicos generalistas ou general practitioners -GP).	Um dos níveis de atenção do sistema de saúde

Abordagem	Conceito de Atenção Primária em Saúde	Ênfase
APS integral de Alma Ata	A declaração de Alma Ata (1978) define a APS integrada ao sistema de saúde garantindo a integralidade e a participação social. Os princípios fundamentais da APS integral são: a necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, acessibilidade e cobertura universais com base nas necessidades, participação comunitária, emancipação, ação intersectorial, tecnologias apropriadas e uso eficiente dos recursos.	Estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde
Abordagem de Saúde e de Direitos Humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde como preconizado na Declaração de Alma Ata. Defende que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para promover a equidade em saúde.	Uma filosofia que permeia os setores sociais e de saúde

Fonte: Organização Pan-americana da Saúde, 2007. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS.

A abordagem de APS integral inclui os serviços de primeiro nível de atenção, contudo não se restringe ao primeiro nível. É uma concepção que orienta a organização do sistema de saúde e para a sociedade promover a saúde, abarcando a intervenção sobre os determinantes sociais da saúde mais gerais (Quadro 2).

A saúde depende da garantia de condições de vida digna por meio de intervenções governamentais amplas em diversos setores, integrando políticas econômicas e sociais, como está inscrito na Constituição Federal brasileira de 1988: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

De maneira simples, podemos dizer que o direito à saúde tem duas dimensões principais: i) direito a uma boa situação de saúde, cuja garantia depende de intervenções sobre seus determinantes mais gerais e ii) direito ao acesso e uso de serviços de saúde de acordo com as necessidades independente da renda, que é garantido por sistemas públicos universais de saúde.

O acesso a serviços de saúde é um dos determinantes da saúde, mas não o único. A APS integral de qualidade, integrada na rede, tem efeitos positivos nestas duas dimensões do direito à saúde: melhora o acesso e a situação de saúde.

Em sistemas universais de saúde, os serviços de primeiro nível para garantir acesso e cuidado de qualidade se caracterizam por:

- ser os serviços de primeiro contato e porta preferencial ao sistema de saúde integrado para cada nova necessidade da pessoa;
- equipes multiprofissionais se responsabilizam por um grupo populacional e acompanham os usuários ao longo da vida em todos os seus ciclos (longitudinalidade);
- garantir cuidado integral: reconhecem amplas necessidades de saúde orgânicas, psíquicas e sociais, e realizam ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação; resolvendo a maioria das demandas e encaminhando para outros serviços da rede integrada, quando necessário;
- coordenar as diversas ações quando o usuário necessita do cuidado de diversos profissionais e serviços para resolver necessidades de saúde menos comuns;
- reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, conhecer o contexto econômico e social em que vivem e os recursos disponíveis na comunidade/ território;
- a equipe realiza diagnóstico de saúde da comunidade/território e trabalha com outras organizações e lideranças locais para mediar ações intersetoriais;
- a equipe promove a participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde e cria conselhos locais de saúde com participação de representantes dos usuários, lideranças e organizações locais;
- a equipe conhece o contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro;

- a equipe tem competência cultural: reconhece as diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entende suas compreensões dos processos saúde-enfermidade, reconhece os saberes e envolve os cuidadores tradicionais no cuidado.

A professora Barbara Starfield (2002) em seus estudos comparativos de sistemas de saúde de diversos países identificou as características positivas de serviços de APS em sistemas universais que denominou de atributos de uma APS efetiva. Estes atributos estão sintetizados no Quadro 3.

Quadro 3 – Atributos dos serviços de atenção primária à saúde

Continuação

Atributos da APS	Definição	Perguntas norteadoras para avaliação do atributo
Primeiro contato	• Serviços procurados regularmente cada vez que o usuário necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. • Porta de entrada preferencial do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados conforme necessidade.	• A equipe de APS é acessível aos usuários na maior parte do tempo? • As famílias percebem que têm acesso à atenção primária adequada? • Exige-se encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada? • A unidade básica de saúde é o serviço de procura regular das famílias?
Longitudinalidade	• Assume a responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da relação equipe/ usuário, ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença.	• Exige-se o cadastramento/ registro de usuários a uma equipe/serviço de APS? • As famílias são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo? • Há relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais da equipe APS?

Atributos da APS	Definição	Perguntas norteadoras para avaliação do atributo
Integralidade	• Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. • Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias, resolvendo a grande maioria das demandas ou por meio de encaminhamento a serviços especializados, quando necessário.	• A equipe de saúde é capaz de reconhecer os problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade? • Qual a abrangência do escopo de serviços ofertados? • Os pacientes são referidos para o especialista quando apropriado? • Minha equipe cuida da maioria de meus problemas de saúde?
Coordenação	• Coordenação das diversas ações e serviços para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.	• Se vários médicos estão envolvidos em meu tratamento, minha equipe/meu médico de APS organiza o meu cuidado? • Há reconhecimento de problemas que demandam atenção contínua? • Existem diretrizes formais (protocolos) para a transferência de informações entre médicos de atenção primária e especialistas? São utilizadas na prática? • Há mecanismos de integração da rede? A contrarreferência ocorre?
Orientação para a comunidade	• Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive. • Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade. • Participação da comunidade nas decisões sobre os serviços e sobre sua saúde.	• A equipe conhece os problemas da comunidade? • A equipe realiza diagnóstico de saúde da comunidade? • A equipe trabalha com outras organizações para realizar ações intersetoriais? • Representantes da comunidade participam do conselho da unidade de saúde?

Atributos da APS	Definição	Perguntas norteadoras para avaliação do atributo
Centralidade na família	• Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro. • Conhecimento dos membros da família e de seus problemas de saúde.	• Os prontuários são organizados por família? • Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre a saúde de outros membros da família? • Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre as condições socioeconômicas da família? • Os profissionais conhecem os membros da família?
Competência cultural	• Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.	• A equipe reconhece necessidades culturais especiais? • A população percebe suas necessidades culturais específicas como sendo atendidas? • Os usuários entendem as orientações da equipe?

Fonte: Elaborado com base em Starfield, 2002.

APS nos sistemas de saúde da América do Sul

Os países da América do Sul implementaram a APS em diferentes abordagens com diferentes ênfases nas últimas décadas, condicionados pelos contextos políticos e modalidades de proteção social e sistemas de saúde vigentes em cada país.

Nas décadas de 1980 e 1990, em vários países da América do Sul, em contextos autoritários e de ajustes macroeconômicos estruturais, foram adotados modelos de APS seletiva promovidos por agências financeiras multilaterais que defendiam a redução do papel do setor público e a implementação de pacotes mínimos de serviços de saúde voltados para grupos populacionais marginalizados. Programas verticais orientados para grupos populacionais ou problemas de saúde foram reforçados com

a criação de seguros para alguns grupos específicos, aumentando a segmentação dos sistemas de saúde e as desigualdades sociais nos países da região.

Desde a primeira década do século XXI, com os processos de redemocratização e assunção de governos de centro-esquerda e esquerda, mais comprometidos com a justiça social na América do Sul, iniciativas de revitalização da APS em uma abordagem abrangente ganharam destaque, reafirmando princípios de Alma-Ata no contexto das reformas dos sistemas de saúde (Giovanella, 2015).

Não obstante, na maior parte dos países, a implementação destas iniciativas enfrentou importantes desafios originados na herança das reformas pró-mercado da década anterior com redução do papel do Estado como prestador de serviços, modelos de APS seletiva, cesta restrita e introdução de cobrança nos serviços públicos de saúde com obrigatoriedade de copagamentos, inclusive para a população de baixa renda. A implementação de uma APS integral foi também condicionada pela segmentação da maioria dos sistemas de saúde sul-americanos com diferentes redes assistenciais e serviços cobertos conforme capacidade de pagamento e ou inserção no mercado de trabalho (Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, 2012; Giovanella; Almeida, 2017).

Ao mesmo tempo, a partir de meados dos anos 2000, as agências internacionais de saúde como a Organização Pan-Americana da Saúde (2007) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) (Organización Mundial de la Salud, 2008) instaram os países membros a renovar a APS para alcançar a cobertura e acesso universal.

Neste processo, as políticas nacionais incorporaram com diferentes ênfases os três principais componentes da Declaração de Alma-Ata que concebe a APS como estratégia: i) como atenção essencial, parte integrante de um sistema nacional de saúde, do qual é o núcleo principal, primeiro nível de contato e elemento de um processo de cuidado em saúde contínuo; ii) a saúde como indissociável do desenvolvimento socioeconômico de uma sociedade, o que implica influenciar os determinantes sociais; e iii) a promoção da participação social.

No processo de revitalização da APS – denominada APS renovada em alguns países, sob a influência da OPAS –, sete países desenvolveram e implementaram novos modelos de atenção primária à saúde, ainda que nem sempre plenamente (Quadro 4).

Quadro 4 – Novos modelos de APS implementados em países da América do Sul

Países (ano da política)	Denominação do novo modelo assistencial de APS
Bolívia (2008)	Saúde familiar, comunitária e intercultural - SAFCI
Brasil (2006/2011)	Estratégia Saúde da Família
Chile (2005/2013)	Modelo de Atenção Integral de Saúde, Familiar e Comunitária
Equador (2008/2012)	Modelo de Atenção Integral em Saúde Familiar Comunitária e Intercultural (MAIS-FCI)
Paraguai (2008)	Unidades de Saúde da Família
Peru (2003/2011)	Modelo de Atenção Integral de Saúde baseado na Família e Comunidade (MAIS-BFC)
Venezuela (2004/2014)	Missão Bairro Adentro

Fonte: Giovanella et al., 2015.

Esses novos modelos de APS implementados na Bolívia, Brasil, Chile, Equador, Paraguai, Peru e Venezuela têm como componentes comuns: equipes multiprofissionais com população e territórios definidos sob sua responsabilidade, a abordagem familiar, a menção ao cuidado integral, a abordagem comunitária (Giovanella et al., 2015). Bolívia, Equador e Venezuela compartilharam a ênfase na abordagem intercultural com respeito e assimilação dos saberes e práticas de saúde dos povos originários expressos na concepção do ‘bem viver’. Esses países também compartilharam a prioridade da promoção da saúde entendida como ação intersetorial sobre seus determinantes sociais. Mesmo os países que não mencionam a definição de um novo modelo expressam prioridade para a APS em suas políticas de saúde, e em geral reorganizaram a APS com a conformação de equipes multiprofissionais, em geral, composta por médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em coerência à concepção integral de APS e ao componente comunitário expresso nas políticas nacionais, a maior parte dos países incorporaram agentes comunitários de saúde como integrantes das equipes multiprofissionais, pagos ou voluntários (Giovanella et al., 2015).

Organização da APS: estabelecimentos, equipes, territórios

A prestação de serviços de APS é caracterizada por composição diversificada das equipes de APS, entre os países, e diferenciada de acordo com o tipo de unidade de saúde. Nos doze países, os principais tipos de unidades de saúde que prestam APS são constituídos por centros e postos de saúde, estes últimos, sobretudo, em zonas rurais, onde trabalham auxiliares ou técnicos de enfermagem ou agentes comunitários de saúde. No Chile e na Venezuela, hospitais de baixa complexidade e ambulatórios também fazem parte da APS. Na Colômbia, a APS é prestada em Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde de Primeiro Nível, que são escolhidas de acordo com a inserção do usuário no seguro social de saúde.

Nos centros de saúde, o médico generalista e o enfermeiro estão presentes nas equipes de todos os países. No Uruguai, a equipe conta também com pediatra, ginecologista e parteira. Auxiliares e/ou técnicos de enfermagem também fazem parte das equipes na maioria dos países (Quadro 5).

Como parte das reformas dos modelos de atenção à saúde, diversos países incorporaram o Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou Promotor de Saúde como trabalhador remunerado ou voluntário das equipes básicas de APS, com diferentes denominações. ACSs/promotores de saúde têm função de articulação da comunidade com os serviços de saúde e executam tarefas extramuros e comunitárias. Na maioria dos casos, os ACSs/promotores são pessoas que residem nas áreas atendidas pelo serviço de APS sem formação prévia em saúde. No Equador, Guiana e Suriname, assistentes de saúde com capacitação técnica generalista atuam nas equipes de APS, principalmente nas áreas rurais (Quadro 5).

A territorialização dos serviços de APS com adscrição populacional, delimitação geográfica e responsabilidade das equipes por populações definidas, é observada em oito países. O número de pessoas designadas por equipe varia dentro de cada país e entre países, com médias que vão de 1.250 na Venezuela, 3.000 no Brasil e 4.000 no Equador, até 5.000 no Chile e Paraguai (Quadro 5). O número de pessoas sob responsabilidade de cada equipe de APS varia de acordo com as características dos territórios, como pertencer a áreas rurais e/ou áreas de maior vulnerabilidade social (Vega-Romero; Acosta-Ramírez, 2015; Tejerina-Silva, 2015; Ríos, 2015; Giovanella; Almeida, 2017).

A cobertura populacional pelos novos modelos de atenção com ênfase na APS renovada, em gestão e implementação em sete países (Bolívia, Brasil, Chile, Equador, Paraguai, Peru e Venezuela) é variável e depende do ritmo de realização das mudanças. No Brasil, 62% da população é coberta pela “Estratégia Saúde da Família”; no Paraguai, 36% por “Unidades de Salud de la Familia”; na Venezuela, cerca de 60% por equipes de APS da “Misión Barrio Adentro”. No Chile, 90% da população do sistema público foi atendida nos Centros de Saúde certificados no “Modelo Integral de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario”, em 2014. Não há dados precisos sobre a população coberta na Bolívia pelas equipes pela “Salud Familiar Comunitaria Intercultural” nem no Peru pelo “Modelo de Atención Integral a Salud Familiar y Comunitario” (Giovannella; Almeida, 2017).

Quadro 5 – Características da prestação de serviços de primeiro nível e organização da atenção primária à saúde nos países da América do Sul

Países	Principais tipos de estabelecimentos de APS	Composição da equipe	Agente comunitário de saúde (ACS)	Territorialização e adscrição populacional	Copagamentos em serviços públicos de primeiro nível
Argentina	Centros de Atención Primaria de Saúde Centros Comunitarios Integrados	Médicos/as, enfermeiros/as graduados/as, auxiliares de enfermagem, parteiras, agentes comunitarios/as, dentistas	ACSs (remunerados), promotores de saúde	Sim, diferenciada por províncias	Não
Bolívia	Centros de Saúde Postos de Saúde	CS: Médico/a geral, odontólogo/a, auxiliar ou técnico/a de enfermagem PS: Auxiliar ou técnico/a de enfermagem	Autoridades populares de saúde (voluntários)	Sim, com adscrição incipiente	até 2021 pagamentos em serviços públicos, exceto para segurados dos seguros focalizados

Continuação

Países	Principais tipos de estabelecimentos de APS	Composição da equipe	Agente comunitário de saúde (ACS)	Territorialização e adscrição populacional	Copagamentos em serviços públicos de primeiro nível
Brasil	Unidades Básicas de Saúde/ Centros de Saúde/Unidades de Saúde da Família (SF) Postos de Saúde	Equipes SF: Médico/a, enfermeiro/a, 1-2 auxiliares/ técnicos de enfermagem, 5-6 ACSs Equipes de saúde bucal: dentista, auxiliar e/ou técnico/a em saúde bucal	ACSs (remunerados)	Sim, população cadastrada por equipe	Não
Chile	Centros de Saúde Familiares (CESFAM) Consultórios Gerais Urbanos Hospitais de Baixa Complexidade Postos de Saúde Rural	Médico/a, enfermeiro/a, matrona, assistente social e assistente administrativo/a	Monitores comunitários voluntários	Sim, população adscrita por equipe, o registro é de iniciativa das pessoas	Não para Modalidade de Atenção Institucional do Fonasa (abolidos em 2022)
Colômbia	Instituições prestadoras de serviços de saúde de primeiro nível públicas	Não há regra geral sobre composição das equipes. Geralmente as equipes básicas são constituídas por: médicos/as, enfermeiros/as generalistas, promotores, auxiliares e técnicos/as de saúde	Promotores de saúde, caminhantes da saúde, agentes primários de saúde (voluntários ou remunerados)	Em alguns modelos municipais Não há diretrizes nacionais	Não para ações do Plano de intervenções coletivas Sim, outras ações de primeiro nível

Continuação

Países	Principais tipos de estabelecimentos de APS	Composição da equipe	Agente comunitário de saúde (ACS)	Territorialização e adscrição populacional	Copagamentos em serviços públicos de primeiro nível
Equador	Postos de Saúde Centros de Saúde Sub-centros de Saúde Dispensários Médicos	Médicos/as, enfermeiro/a e técnico/a em atenção primária de saúde	Técnico/a em atenção primária de saúde (TAPS) (remunerados)	Sim, por circuitos e distritos e adscrição de população por unidade de saúde	Não há (abolidos em 2008)
Guiana	Postos de Saúde Centros de Saúde	Centros de saúde tipos 1 e 2: médico/a, enfermeiro/a, parteira, Medex, auxiliar de laboratório, auxiliar de farmácia, auxiliar de dentista, auxiliar de reabilitação, auxiliar de saúde ambiental	Técnico/a Medex e ACSs (remunerados)	Não há adscrição	Não há
Paraguai	Unidades de Saúde da Família	Médico/a, graduado/a em enfermagem e/ ou obstetrícia, auxiliar de enfermagem e 3-5 ACSs Para cada duas ESFs, uma equipe odontológica: dentista e técnico/a em prótese dentária	Agentes comunitários de saúde (remunerados)	Sim, população inscrita por equipe Saúde da Família	Não há (abolidos em 2008)

Países	Principais tipos de estabelecimentos de APS	Composição da equipe	Agente comunitário de saúde (ACS)	Territorialização e adscrição populacional	Copagamentos em serviços públicos de primeiro nível
Peru	Estabelecimentos de saúde de primeiro nível de atenção Equipes de Atenção Integral de Saúde a Populações Excluídas e Dispersas	Médico/a, graduado em obstetrícia, enfermeiro/a, técnico/a em enfermagem	Agentes comunitários de saúde ou promotores de saúde (voluntários)	Sim, usuários cadastrados por área de residência na unidade de saúde	Pagamento nos serviços públicos para população não assegurada
Suriname	Postos de Saúde (Missão Médica) Clínicas da Fundação do Serviço Nacional de Saúde Consultórios privados GP	Médico/a geral, enfermeiro/a, assistente de saúde	Assistente de saúde	Não há adscrição	Copagamento para medicamentos. Não, para usuários da Missão Médica
Uruguai	Centros de Saúde ASSE Consultórios, Policlínicas e Postos de Saúde Rural IAMC: consultas externas, policlínicas	Médico/a de família ou clínico geral, enfermeiro/a, parteira, pediatra e ginecologista visitante (equipe principal da ASSE em Montevideu)	Não há	Não há adscrição	Sim, exceto nos prestadores públicos
Venezuela	Consultórios Populares de "Barrio Adentro" Ambulatórios tipos I e II Ambulatórios Urbanos III	Médico/a especialista em medicina geral integral, enfermeiro/a, agente comunitário/a de atenção primária de saúde	Agente comunitário/a de atenção primária de saúde (remunerado)	Sim, inscritos por equipe Barrio Adentro	Não há (abolidos em 1998)

Fontes: Vega-Romero; Acosta-Ramírez, 2015; Tejerina-Silva, 2015; Ríos, 2015; Giovanella; Almeida, 2017.

Força de trabalho e formação para a APS

Um dos principais desafios para a oferta e organização da APS é a disponibilidade de profissionais de saúde, principalmente médicos, e a inadequação da formação dos profissionais para atuar na APS.

A disponibilidade de profissionais de saúde é diversa entre os países, com profundas desigualdades na oferta e distribuição dentro de cada país, com grandes lacunas em áreas remotas e desfavorecidas. Não estão disponíveis dados específicos para a força de trabalho em APS, mas indicadores gerais mostram bem estas diferenças (Quadro 6). A densidade de médicos por mil habitantes está distribuída em ampla faixa entre os países. A suficiência numérica da oferta parece ter sido alcançada no Uruguai, com 4,9 médicos por mil habitantes e na Argentina com 4,0. A insuficiência de médicos é intensa no Suriname (0,8 médicos/mil habitantes), Bolívia (1,1), Guiana (1,4), e Peru (1,4). A proporção de enfermeiros graduados por mil habitantes é inferior à de médicos em seis países (Quadro 6).

Para enfrentar a insuficiência de médicos na APS e, em alguns casos, também na atenção especializada, oito países (Brasil, Bolívia, Equador, Guiana, Suriname, Peru, Venezuela e Uruguai) estabeleceram cooperação com Cuba, em algum momento.

Um dos principais problemas para a fixação de médicos nos serviços públicos de APS está na regulação das relações de trabalho. Existe uma diversidade de vínculos empregatícios e formas de remuneração da força de trabalho da APS em todos os países, com tendência à precarização das condições de trabalho, baixos salários e instabilidade com contratos temporários, sem garantias de benefícios sociais (Quadro 6).

Somente no Chile e na Guiana, a maioria dos profissionais da APS são funcionários públicos. Nos demais países, há combinações de contratos temporários com pagamentos por bolsas de estudo, desempenho ou prestação de serviços, contratos por tempo indeterminado como assalariados do setor privado e funcionários públicos. Embora em quase todos os países, uma parte dos profissionais de saúde sejam funcionários públicos estatutários, somente no Chile existe uma carreira específica de servidor público na APS (Giovanella; Almeida, 2017).

A instabilidade dos contratos de trabalho, com alta rotatividade de profissionais, dificulta a adesão e impede a formação de vínculos entre equipes, famílias e comunidade.

Há um consenso entre os gestores de que a formação dos profissionais de saúde é inadequada e não está orientada para a ação na APS. Nos últimos anos, iniciativas de formação em APS foram desenvolvidas em quase todos os países em todos os níveis: técnico, graduação, pós-graduação e educação permanente. Entre as principais iniciativas de capacitação da força de trabalho para a APS, estão os cursos de pós-graduação para formação de médicos especialistas em medicina de família e comunidade (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Uruguai e Venezuela) e o programa de formação em Medicina Comunitária Integral na Venezuela, em cooperação com a Escola Latino-Americana de Medicina Salvador Allende em Cuba (Giovanella et al., 2015).

No nível técnico, destaca-se a formação de trabalhadores de APS alternativos, como na Guiana e no Suriname, que têm tradição nesse tipo de trabalhador de saúde. A Guiana emprega técnicos Medex, que substituem os médicos no interior, e o Suriname adota assistentes de saúde recrutados nas aldeias do interior, que seguem um programa de treinamento abrangente de quatro anos para se tornarem profissionais de saúde de nível médio (Giovanella et al., 2015). O Equador tem uma experiência de formação de Tecnólogo em Atenção Primária à Saúde (TAPS), integrante da equipe de atenção integral à saúde (Tejerina-Silva, 2015).

O desafio mais importante é a retenção de profissionais de saúde treinados para oferecer serviços de saúde de qualidade às populações em áreas remotas e/ou desfavorecidas. Além da escassez, a distribuição dos profissionais de saúde é precária e favorece as áreas urbanas. Diferentes estratégias são aplicadas pelos países para aumentar a disponibilidade de profissionais de saúde em áreas remotas. Alguns países têm um período de serviço obrigatório para recém-formados, com diferentes graus de sucesso (por exemplo, Peru, Paraguai, Guiana, Suriname) e/ou incentivos financeiros. Vários países estabeleceram acordos com Cuba, como fez o Brasil até 2018, para suprir a falta de médicos na APS em áreas desfavorecidas e remotas.

Quadro 6 – Indicadores da força de trabalho em saúde em países da América do Sul

Países	Médicos / 1000 hab.	Enfermeiros profissionais / 1000 hab.	Dentistas 1000 hab.	Denominação da especialidade médica para APS	Vínculos de trabalho em APS
Argentina	4,0 (2019)	2,6 (2017)	1,5 (2018)	Medicina familiar e comunitária	Contratos renováveis (por avaliação de desempenho) e temporários; funcionários públicos
Bolívia	1,1 (2019)	0,5 (2019)	0,2 (2019)	Médico especialista em saúde familiar comunitária intercultural (médico/a geral ou familiar)	Funcionários públicos; contratos anuais sem estabilidade trabalhista
Brasil	2,3 (2019)	1,4 (2019)	0,7 (2019)	Medicina de família e comunidade	Funcionários públicos; setor privado assalariado; contratos temporários sem estabilidade; bolsas de estudo
Chile	2,8 (2020)	3,4 (2020)	1,3 (2020)	Medicina familiar	Funcionários públicos
Colômbia	2,3 (2020)	1,4 (2020)	1,0 (2020)	Medicina familiar Saúde familiar e comunitária	Contratos de prestação de serviços com prazo determinado (a maioria) e funcionários públicos

Continuação

Países	Médicos / 1000 hab.	Enfermeiros profissionais / 1000 hab.	Dentistas 1000 hab.	Denominação da especialidade médica para APS	Vínculos de trabalho em APS
Equador	2,3 (2018)	1,5 (2018)	0,3 (2018)	Medicina familiar e comunitária	Funcionários públicos; contratos de curta duração sem estabilidade
Guiana	1,4 (2020)	3,1 (2020)	0,07 (2020)	Medicina geral	Funcionários públicos
Paraguai	1,0 (2020)	1,6 (2018)	0,1 (2018)	Medicina familiar	Contratos renováveis para avaliação de desempenho; funcionários públicos
Peru	1,4 (2020)	1,8 (2020)	0,2 (2020)	Medicina familiar	Funcionários públicos; contrato de administração de serviços periódicos; assalariados do setor privado
Suriname	1,3 (2020)	2,8 (2020)	0,05 (2019)	Medicina geral Medicina de família	Contratos por tempo indeterminado no serviço regional (salários e complemento com capitação por número de inscritos); assalariados da Missão Médica

Países	Médicos / 1000 hab.	Enfermeiros profissionais / 1000 hab.	Dentistas 1000 hab.	Denominação da especialidade médica para APS	Vínculos de trabalho em APS
Uruguai	4,9 (2020)	2,1 (2020)	1,3 (2020)	Medicina familiar e comunitária	Setor público: cargos temporários; regime de direito privado; funcionários públicos; IAMC: setor privado assalariado; prestação de serviços
Venezuela	1,8 (2018)	2,2 (2018)	0,1 (2018)	Medicina geral integral (graduação em Medicina integral comunitária)	Funcionários/ as públicos/ as; bolsas (programas de formação intensiva em APS)

Fontes: Giovanella, 2015; Opendata: Paho (Organización Panamericana de la Salud, 2022); dados OMS/Global Health Observatory (World Health Organization, 2022)

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

O agente comunitário de saúde é um trabalhador essencial em abordagens de APS integral que se distingue dos outros profissionais da saúde por seu papel de mediação social, por sua identidade comunitária ao ser morador da comunidade onde atua como condição e fator essencial ao exercício da solidariedade social. Age como elo entre a comunidade e os serviços de saúde, e deve ativar a interlocução dos atores sociais locais quanto aos seus valores éticos, suas necessidades, suas formas de conhecimento e capacidade de constituir redes de apoio social e garantia de direitos, a favor da promoção da saúde e do exercício da cidadania.

Como parte do processo de renovação da APS, vários países incorporaram

o Agente Comunitário de Saúde ou Promotor de Saúde como trabalhador remunerado ou voluntário das equipes básicas de APS, com diferentes denominações (Quadro 5). São distintas também suas atribuições, seu papel de articulação da comunidade com o serviço de saúde, na prestação de serviços e tarefas extramuros e comunitárias. Na maioria dos casos, os Agentes/Promotores são pessoas sem formação prévia em saúde que residem nas áreas atendidas pelo serviço de APS.

Agentes comunitários de saúde integram formalmente as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), o modelo assistencial de APS de orientação comunitária no Sistema Único de Saúde, o SUS, do Brasil. A equipe multiprofissional da ESF é composta por médico/a generalista ou especialista em medicina de família e comunidade, enfermeiro/a, técnicos/as de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O ACS tem o papel de mediação social entre a equipe, os usuários e as famílias cadastradas. Seu trabalho consiste em estabelecer relações de troca e comunicação entre diferentes atores e contextos socioculturais em que de um lado tem a população ou comunidade onde ele próprio, ACS, se insere, e de outro tem os serviços públicos de saúde, com normas e prescrições próprias reguladas pelo Estado e controladas pela sociedade.

O trabalho do ACS engloba competências i) técnicas para acompanhamento de indivíduos e famílias, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de enfermidades e de monitoramento de grupos populacionais com problemas ou condições específicas, como gestantes, idosos, crianças, pessoas com problemas como hipertensão, diabetes, tuberculose, entre outros, com ações individuais ou coletivas em visitas domiciliares às famílias sob sua responsabilidade; e ii) competências políticas para a ação comunitária e a promoção da saúde, discutindo a saúde e seus múltiplos determinantes e atuando no sentido de incentivar a participação social e a organização da comunidade para enfrentamento desses problemas.

A atuação do ACS no Brasil, iniciou-se sem precisar seu perfil profissional, com capacitação em serviço, e gradualmente se institucionalizou preconizando-se atualmente formação técnica específica. Os ACSs no Brasil são trabalhadores assalariados com vínculo de trabalho formal e profissão regulamentada por lei.

Ação comunitária e participação social

As políticas nacionais de saúde na América do Sul geralmente têm a participação comunitária como um de seus pilares, com um órgão regulador, políticas e espaços de deliberação, organização e ação cidadã. Esse cenário foi possível devido à transição democrática ocorrida em grande parte dos países da região desde o final do século XX, que produziu o início de um novo ciclo histórico que proporcionou a perspectiva de geração de uma sociedade mais autônoma e cidadania crítica, bem como articulada com a criação de espaços públicos de participação, conflito e diálogo (Calderón, 2009). Essa transição construiu as bases para a formação de espaços institucionalizados de participação da população nas políticas públicas, como é o caso da saúde.

A participação social em saúde em muitos países da América do Sul é um espaço formalizado e institucionalizado, inclusive constitucionalmente. Conselhos locais de saúde institucionalizados em quase todos os países da América do Sul permitem a participação cidadã e a articulação entre Estado, organizações da sociedade civil e organizações não governamentais.

Um dos obstáculos para a efetivação da APS integral é que a participação da comunidade muitas vezes se limita à formulação do diagnóstico do território com pouco envolvimento na tomada de decisões para a mudança de políticas que tenham impacto nos determinantes sociais da saúde (Labonté et al., 2009).

Nos países que compartilham uma compreensão renovada da APS, em que a participação é um dos princípios norteadores dos sistemas de saúde, consolidou-se a percepção de que os espaços de deliberação e participação cidadã constituem instrumentos para a democratização da gestão pública e o aumento da efetividade das políticas sociais. No entanto, a institucionalização da participação tem limites. Não há correspondência entre a conquista de espaços de participação do poder público e o grau de ação e desenvolvimento político e organizacional dos sujeitos sociais, e observam-se problemas de representatividade, na qualidade da participação e na possibilidade de influenciar a deliberação.

Em onze países, as equipes de APS devem realizar um diagnóstico do território para identificar as condições socioeconômicas e de saúde e os problemas prioritários para orientar as intervenções na comunidade com apoio do prontuário familiar, mas essa ação nem sempre é sistemática.

Interculturalidade

A abordagem intercultural dos serviços de saúde e a integração da medicina tradicional dos povos indígenas, originários e camponeses faz, cada vez mais, parte das políticas nacionais de saúde, ainda com implementação muito diferenciada.

Os debates sobre a construção do campo da ‘saúde intercultural’ e seu devido reconhecimento e compreensão da diversidade étnica nas sociedades são recentes no campo da medicina. No entanto, na América do Sul as experiências interculturais produziram em alguns países da região importantes discussões e incorporação de aspectos da medicina dos povos indígenas em seus sistemas de saúde. Apesar disso, os documentos formais da APS, da maioria dos países, não fazem menção clara à abordagem intercultural. Bolívia, Venezuela e Equador compartilham a ênfase na abordagem intercultural com respeito e assimilação dos saberes e práticas de saúde dos povos originários expressos na concepção do ‘bem viver’.

Há experiências interculturais localizadas no Chile, Colômbia, Equador e Peru. Na maioria dos países da região, a compreensão da abordagem intercultural se restringe a uma concepção de respeito à singularidade e integração sociocultural ou estabelece suas bases nas questões indígenas.

A abordagem intercultural é mais desenvolvida na Bolívia, onde a concepção de interculturalidade se inscreve na constituição nacional. É um dos pilares da política nacional de saúde e as equipes de atenção primária coordenam as ações com os médicos tradicionais do território sob sua responsabilidade (Tejerina-Silva, 2015). A interculturalidade é um dos princípios da política de Salud Familiar y Comunitaria Intercultural (SAFCI). A interculturalidade é entendida como o desenvolvimento de processos de articulação e complementaridade entre as diferentes medicinas – biomédica, indígena, camponesa e outras – baseados no diálogo, na aceitação, no reconhecimento e na valorização mútua de saberes e práticas, a fim de atuar de forma equilibrada na solução de problemas de saúde. Se a associa à intraculturalidade entendida como a recuperação, fortalecimento e revitalização da identidade cultural das nações e povos indígenas camponeses e afro-bolivianos no que diz respeito à saúde.

Tendências e desafios

Um desafio para a integralidade dos cuidados na atenção primária à saúde é garantir um equilíbrio adequado entre a prestação do necessário cuidado individual de qualidade em tempo oportuno, e, a abordagem da saúde coletiva territorial com estratégias de ação comunitária, participação social e cooperação horizontal local. O desafio está em desenvolver estratégias para alcançar a implementação coordenada de serviços de primeiro nível de qualidade, resolutivos, integrados à rede especializada e hospitalar, com a ação comunitária potente para o enfrentamento dos determinantes sociais.

Na América do Sul, persistem tensões entre diferentes concepções de atenção primária entre países e dentro de cada país, com diferentes abordagens sendo implementadas com avanços e retrocessos. A segmentação de sistemas de saúde com diferentes coberturas e redes de serviços para grupos populacionais conforme a renda e o baixo financiamento público dos sistemas de saúde são grandes obstáculos para a efetivação da atenção primária integral (Giovanella; Almeida, 2017). A busca pela implementação de uma atenção primária à saúde verdadeiramente integral é indissociável e enfrenta os mesmos obstáculos que para a construção de sistemas públicos universais em nossa região.

A implementação destes novos modelos assistenciais de APS nos países da América do Sul, no entanto, sofreu retrocessos e interrupções com mudanças governamentais em diversos países a partir de meados da segunda década do século XXI. Crises econômicas e políticas interromperam avanços, e atualmente (2022) há perspectiva de retomada com governos em alguns países novamente comprometidos com justiça social.

A pandemia de covid-19 foi avassaladora na região com baixa coordenação governamental e ou negacionismos do governo central em alguns países como o Brasil, terceiro país com maior número de mortes por covid-19 no mundo. As disparidades no acesso a equipamentos, vacinas e concentração destes recursos em países centrais mostraram a necessidade de se alcançar soberania sanitária com a produção de vacinas, insumos, equipamentos e medicamentos na América do Sul.

A resposta à pandemia de covid-19 esteve centrada na atenção hospitalar e os serviços de APS não foram acionados em toda sua potencialidade de resposta populacional à pandemia. Em quase todos os países, a capacidade

dos serviços de APS com seus serviços capilarizados foi subestimada. No entanto, as iniciativas de APS com enfoque territorial e comunitário buscaram integrar a vigilância em saúde às ações de promoção, prevenção e tratamento, embora com abrangência parcial. Muitas equipes de APS se reinventaram em suas práticas, fazendo vigilância à saúde, descobrindo novas formas de cuidado à distância por telefone e por WhatsApp para o monitoramento de casos e contatos, articularam-se com movimentos comunitários em ações de comunicação, no apoio social aos grupos vulneráveis, em territórios urbanos e rurais, buscaram dar continuidade as suas atividades rotineiras, com menor redução dos atendimentos, e se envolveram na vacinação de forma rápida, ainda que condicionada pela disponibilidade de vacinas (Giovanella et al., 2021).

Perspectivas positivas para a APS e sistemas universais se ancoram em governos comprometidos com justiça social e posicionamentos regionais na defesa do direito universal à saúde. Em 2018, em comemoração aos 40 anos da Declaração de Alma Ata, e como preparação para a conferência de Astana (Giovanella et al., 2019), a OPAS convocou uma comissão integrada por representantes de movimentos sociais, cientistas e governantes da América Latina que, reafirmou a APS como caminho necessário e sustentável para alcançar a saúde universal, entendida como um direito de todos com qualidade, equidade e justiça social. Para isso, recomendou políticas de Estado que garantam esse direito e respeitem a diversidade, com recursos suficientes e acesso equitativo. A comissão apresentou recomendações para a APS e garantia do direito à saúde com destaque para:

- reafirmar a inescapável responsabilidade do Estado, dos governos, em garantir o direito à saúde;
- desenvolver modelos de atenção baseados na APS, centrados nas pessoas e comunidades, considerando a diversidade humana, a interculturalidade e a etnicidade;
- gerar mecanismos de participação social real, inclusiva e acessível, com perspectiva de diversidade (intercultural e funcional) para garantir o pleno exercício do direito à saúde;
- abordar os processos de determinação social por meio de intervenções intersetoriais em saúde que promovam mudanças substantivas nas condições ambientais, sociais, econômicas, habitacionais e de infraestrutura básica da população em cada território;
- valorizar os recursos humanos como protagonistas na construção

e consolidação de modelos de atenção baseados na APS;

- desenvolver um modelo de financiamento que garanta suficiência, qualidade, equidade, eficiência e sustentabilidade dos sistemas públicos universais de saúde (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Estas são recomendações que podem orientar as estratégias governamentais e a ação de movimentos sociais em defesa de sistemas públicos universais de saúde para garantia do direito universal à saúde em nossos países.

Referências

CALDERÓN, Fernando. Inflexión histórica: la situación social-institucional en el cambio político de América Latina. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura V. C. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 83-100.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Alma-Ata, URSS, 12 set. 1978. **Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários**. Organização Mundial da Saúde, 1978 [Internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 12 ago. 2021.

GIOVANELLA, Lígia; ALMEIDA, Patty F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública*, n. 33., supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00118816.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2022.

GIOVANELLA, Lígia. **Atención Primaria de Salud em Suramérica**. Rio de Janeiro: Instituto Sul-americano de Governo em Saúde/ ISAGS, 2015. Disponível em: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf. Acesso em: 12 ago. 2021.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad. Saúde Pública*, v. 35, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n3/1678-4464-csp-35-03-e00012219.pdf>. Acesso em 22 ago. 2022.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? **Trabalho, Educação e Saúde**, v.19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310> . Acesso em: 12 ago. 2021.

GIOVANELLA Lígia *et al.* Atención primaria de salud en Suramérica. ¿Reorientación hacia el cuidado integral? In: GIOVANELLA, Lígia (org). **Atención Primaria de Salud em Suramérica**. Rio de Janeiro: Instituto Sul-americano de Governo em Saúde/ISAGS, 2015. p. 23-58. Disponível em: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_sau-de_2015_esp-2.pdf. Acesso em: 21 ago. 2021.

INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE. ISAGS. **Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad**. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde/ISAGS, 2012. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_403158050.pdf

LABONTÉ, Ronald *et al.* Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. Dossier. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 8, n. 16, p.13-29, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)**, 2007. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31085/9275726981-por.PDF?sequence=1> HYPERLINK Acesso em: 10 out. 2022.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. **Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca**. Organización Mundial de la Salud. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43952>. Acesso em: 22 out. 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS. **Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata**. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS, 2019. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 20 out. 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS. **Tablero de los indicadores básicos. Portal de Indicadores Básicos: región de las Américas**. Disponível em: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>. Acesso em: 12 out. 2022.

RÍOS, Gilberto. Atención primaria de salud en Argentina, Paraguay y Uruguay. In: GIOVANELLA, Lígia (org). **Atención Primaria de Salud em Suramérica**. Rio de Janeiro: Instituto Sul-americano de Governo em Saúde/ISAGS, 2015. p. 59-110. Disponível em: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_sau-de_2015_esp-2.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>

TEJERINA-SILVA, Herland. Atención primaria de salud en Bolivia, Ecuador y Venezuela. Transición hacia la atención primaria integral? In: GIOVANELLA, Lígia (org). **Atención Primaria de Salud em Suramérica**. Rio de Janeiro: Instituto Sul-americano de Gobierno em Saúde/ ISAGS, 2015. p. 111-154. Disponível em: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf. Acesso em: 03 out. 2022.

TESTA, Mario. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1992.

VEGA-ROMERO, Román; ACOSTA-RAMÍREZ, Naydú. La atención primaria en sistemas de salud basados en el aseguramiento: El caso de Chile, Colombia y Perú. In: GIOVANELLA, Lígia (org). **Atención Primaria de Salud em Suramérica**. Rio de Janeiro: Instituto Sul-americano de Gobierno em Saúde, ISAGS. 2015. p, 195-255. Disponível em: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf . Acesso em: 30 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Global Health Observatory. **Global Health Workforce statistics database**. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>. Acesso em: 20 dez. 2022.

A formação de trabalhadores técnicos em saúde na América do Sul: novas aproximações a partir de velhas constatações

Anakeila de Barros Stauffer

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz
Professora do município de Duque de Caxias (RJ)

Marcela Alejandra Pronko – EPSJV/Fiocruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz

Introdução

Para iniciar nossa reflexão sobre a formação dos trabalhadores técnicos em saúde, faz-se pertinente explicitarmos nossa compreensão de que o trabalho técnico em saúde não se define em relação à escolaridade alcançada pelos trabalhadores, mas pelas características do processo de trabalho em saúde que historicamente abrange desde atividades mais elementares – com baixo ou mesmo muito baixo nível de escolaridade – até atividades consideradas mais complexas – variando a formação para níveis mais avançados da escolarização como ensino médio e até a formação de tecnólogos realizada em estabelecimentos de ensino superior. O que une essa miríade de trabalhadores é o fato de exercerem atividades técnico-científicas no setor, de terem uma autonomia bastante restrita no exercício das suas funções e de se constituírem o maior número de profissionais da Saúde (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003).

Precisamos refletir, no entanto, que mesmo não sendo o nível de escolaridade inicial historicamente determinante para a definição deste conjunto de trabalhadores, sua qualificação é definida como resultante de uma

relação social, visto que o que se coloca em pauta é a parcela de conhecimento técnico necessário para o exercício de sua atividade profissional. Assim, à formação do técnico em saúde subjaz a seguinte pergunta: o que ele pode/deve conhecer para exercer determinada função de acordo com a divisão do trabalho na saúde? Ou, dito de outra forma, quais ‘porções’ do conhecimento determinados sujeitos podem ter acesso e quais não lhes serão permitidos para exercer sua atividade profissional (Pereira, 2002)? A definição dessa questão determinará a escolaridade desses trabalhadores – que se dá de forma diferenciada nos distintos países da América Latina, em diferentes períodos históricos. Ao mesmo tempo, ela estará relacionada às formas de hierarquização que assume o processo de trabalho em saúde, determinando os graus e tipos de subordinação e/ou de exercício da autonomia profissional entre os diferentes grupos de ocupações e profissões que participam do mesmo¹. Todos esses elementos guardam relação com a distribuição de empregos no setor saúde, considerando as diversas categorias e regiões.

A formação de trabalhadores técnicos perpassa, portanto, pela discussão do acesso e da legitimação do conhecimento – que ao mesmo tempo em que é produzido pela organização do setor saúde contribui para sua hierarquização. Tal hierarquia delinea a histórica polarização no processo de trabalho em saúde que, de uma maneira geral, se expressa entre a formação de nível superior (sobretudo configurada pela formação do médico) e a formação daqueles que o “auxiliam” – notadamente aqueles ligados à área da enfermagem que se dedicam à organização sistêmica dos cuidados em saúde. No entanto, a progressiva incorporação tecnológica na área da saúde introduz a complexificação e a especialização de suas distintas funções, acarretando a necessidade da elevação de escolaridade daqueles que as desempenham.

O desenvolvimento da ciência, a incorporação da tecnologia neste setor e a transformação de ambas em potência produtiva e mercadoria especializada passam a exigir um processo formativo diferenciado. Se, historicamente e de maneira geral, os trabalhadores da saúde – sobretudo os técnicos e auxiliares no Brasil – se formavam com base na prática no serviço, contemporaneamente as exigências de um patamar mínimo de

¹ Trata-se de processos estudados pela sociologia do trabalho, tais como a delimitação e a classificação de campos que determinam sua autonomia no trabalho, incidindo em maior ou menor controle de sua atuação e define seu *status social* (Castro, 1992).

educação incorpora a necessidade de níveis mais elevados de escolarização e certificação. Assim, o sistema educacional, à luz da hierarquização produzida no sistema de saúde, constitui a formação do técnico também de modo hierarquizado determinando, como dissemos anteriormente, a porção de conhecimento que cabe a cada um.

Nesse percurso, um conjunto de funções próprias das instituições de saúde foi incorporando exigências de certificação educacional, gerais e específicas que hoje modelam a força de trabalho em saúde e constituem um dos elementos centrais no debate sobre sua formação.

Ressalta-se, ainda, a importância dos trabalhadores técnicos em saúde por se constituírem, em termos numéricos, como a principal força de trabalho em saúde. Essa extensa categoria de trabalhadores desenvolve atividades diversas, sendo, em grande medida, responsáveis pelo funcionamento do sistema e pelo atendimento mais direto à população. Mesmo sendo pilares fundamentais do setor saúde, por estarem subordinados a outros profissionais, e pela falta de reconhecimento profissional, encontram-se geralmente invisibilizados, situação que se verifica pelo desconhecimento sobre quem são, o que fazem e onde estão alocados, conforme o Documento de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul (apud Pronko; Corbo, 2009, p. 254).

Se essa afirmação é verdadeira para o conjunto dos trabalhadores técnicos em saúde, ela se torna mais dramática para algumas categorias específicas. Somente a título de ilustração, podemos citar os trabalhadores técnicos de Informações e Registros em Saúde que, em um mundo em que as informações aparecem como tendo uma centralidade no funcionamento do social, têm a importante incumbência de operarem “com informações essenciais e estratégicas para o bom funcionamento dos serviços” de saúde (Soares et al., 2013, p. 199). Não obstante, no Brasil, o reconhecimento e a valorização escassos sobre tais trabalhadores se traduzem em ofertas insuficientes de formação e na ausência de regulamentação do trabalho que desenvolvem (Soares et al., 2013). Com uma formação realizada a partir de iniciativas isoladas em algumas instituições públicas – sem configurar um pré-requisito para o desempenho da função – e com vínculos precarizados, a construção de sua identidade, enquanto trabalhadores, se constitui de forma fragilizada não reconhecendo sua autonomia, o lugar e a importância que tem para os sistemas de saúde (Martins; Sharapin; Munck, 2018).

Outro exemplo a ser citado são os agentes de saúde – que apresentam distintas nomenclaturas na América Latina, sendo no Brasil denominados como Agentes Comunitários de Saúde. Apesar de serem considerados como trabalhadores estratégicos da Atenção Primária por sua atuação permanente nos territórios onde acontece a vida cotidiana da população, têm uma formação aligeirada, instrumentalizada e restrita, geralmente, a treinamentos mais ou menos pontuais. No que tange à sua vinculação trabalhista, na maior parte dos casos estão submetidos a contratações precarizadas e com os mais baixos salários dentro de sua equipe (David, 2021).

Todo esse cenário aprofunda e consolida o processo de invisibilização dos trabalhadores técnicos que apresenta configurações peculiares em cada país da região. Tentar desvendar alguns desses aspectos sobre a formação dos trabalhadores técnicos em saúde na América Latina é o objetivo desse artigo aportando algumas constatações que nos permitam atualizar desafios e reflexões sobre o panorama atual.

As reflexões a seguir se pautam em um conjunto de pesquisas² coordenadas e/ou desenvolvidas pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

² Almejando contribuir para a discussão acima delineada, entre março de 2007 e maio de 2009, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) coordenou a pesquisa “A Educação Profissional em Saúde no Brasil e nos países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das políticas de saúde”. As informações colhidas e as análises realizadas permitiram a realização, em 2008, do Primeiro Seminário Internacional “Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no MERCOSUL” na EPSJV, durante o qual foi elaborado e aprovado o “Documento de Manguinhos sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul”, constituindo-se como um relevante registro das principais questões abordadas e dos encaminhamentos necessários para o tratamento do tema em âmbito regional. Dando prosseguimento a esses encaminhamentos, a EPSJV desenvolveu, entre 2011 e 2013, novo projeto de pesquisa intitulado “A Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional”, com o objetivo de elaborar um diagnóstico regional da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, visando contribuir com ações de cooperação internacional entre os países do referido bloco. Tratou-se de uma pesquisa multicêntrica, de caráter interinstitucional, desenvolvida por equipes locais, coordenadas por instituições estratégicas de pesquisa na Argentina (Instituto de Investigación en Salud Pública – Universidad de Buenos Aires e Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de la Nación Argentina), Paraguai (Instituto Nacional de Salud – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social) e Uruguai (Escuela Universitaria de Tecnologías Médicas – Universidad de la República), que realizaram o levantamento e a análise de informações de base nacional sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde nos respectivos países, sob coordenação geral da equipe de pesquisa da EPSJV. No âmbito desse projeto foi realizado o Segundo Seminário Internacional sobre a Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul (novembro de 2012) que aprovou, por sua vez, o Segundo Documento de Manguinhos sobre a formação desses trabalhadores, atualizando os desafios regionais específicos, mediante um balanço dos quatro anos decorridos desde o primeiro documento. Maiores informações podem ser consultadas em Pronko; Corbo (2009); Pronko et al. (2011) e Stauffer; Corbo (2014).

(EPSJV/Fiocruz) e de ações de cooperação³, junto com instituições de pesquisa e/ou formação da região. Embora algumas das pesquisas mencionadas tenham completado uma década e os dados aportados por elas precisem ser revisados, uma das características do trabalho técnico em saúde e o da invisibilização dos sujeitos que o realizam, é a falta de informações atualizadas, sistematizadas e disponíveis em âmbito nacional e regional. De outro lado, as políticas de educação, de trabalho e de saúde executadas ao longo desse tempo nos países da região têm aprofundado as tendências identificadas naquela época, sem apontar infelizmente indicadores de reversão, o que reafirma a atualidade das análises realizadas naquela oportunidade. Dessa forma, apresentamos de forma sucinta algumas reflexões sobre a formação dos trabalhadores técnicos de saúde, tecendo inicialmente algumas considerações em torno das denominações que assumem para, posteriormente, destacar algumas tendências gerais que caracterizam sua formação em âmbito regional. Por fim, tecemos algumas ponderações sobre os desafios dessa formação também num contexto pandêmico em que se evidencia o quanto esses trabalhadores são estratégicos para a saúde da população.

Trabalhadores Técnicos em Saúde: considerações em torno de um nome

Pesquisar sobre os ‘trabalhadores técnicos em saúde’ no âmbito da América Latina, apresenta-nos uma dificuldade relativa à diferença histórica existente entre estes países no que tange às conquistas sobre o direito à educação onde tal formação se realiza. Diante disso, a definição sobre o que são ‘trabalhadores técnicos em saúde’ diferenciará em cada país.

A diferenciação mais gritante se encontra no Brasil que circunscreve a formação técnica no nível médio da escolaridade – ou seja, o trabalhador

³ Refere-se, particularmente, a ação de cooperação técnica desenvolvida pela EPSJV/Fiocruz no escopo do “*Plan de Mejora de la Calidad de Instituciones Formadoras de Técnicos en Salud*” junto aos Ministérios Nacionais de Educação e de Saúde da Argentina, atividade que se desenvolveu com o fito de contribuir na melhoria das condições da formação de trabalhadores técnicos em saúde na Argentina. Uma avaliação dessa experiência pode ser encontrada na publicação *Avaliação de Processo de Cooperação Técnica Internacional entre Brasil e Argentina na Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde* (Stauffer et al., 2015). Outra ação de cooperação foi a experiência do Curso de Formação para Docentes da Área da Saúde, ocorrido no período de julho de 2016 a julho de 2017, resultado da ação de cooperação internacional entre a EPSJV/Fiocruz e a Universidade da República do Uruguai/Udelar, em que se objetivou formar professores/profissionais que atuam como docentes na área da saúde. O livro *Formação crítica de professores da área da Saúde: uma experiência de cooperação entre Brasil e Uruguai* (Leher e Ruela, 2020) retrata os principais aspectos da parceria.

já deve ter cursado os nove anos de escolaridade do Ensino Fundamental e os três anos do Ensino Médio, além de ter realizado o seu curso técnico específico que, na área da Saúde, variará entre 800 e 1200 horas. Os outros países que participaram das pesquisas anteriormente mencionadas – Argentina, Paraguai e Uruguai – consideram a formação desses trabalhadores como de nível superior da educação, realizada tanto em instituições universitárias como em institutos terciários não universitários.

O que à primeira vista constitui uma diferença fundamental, pode ser relativizado numa análise mais aprofundada que leve em consideração, por exemplo, a configuração histórica dos sistemas educacionais em cada país. Conforme pontuado anteriormente, um curso técnico no Brasil ocorre após a obtenção de 12 anos de escolaridade, ou seja, adquire um formato de curso pós-médio na maior parte dos casos, similarmente à formação oferecida nos demais países. Tal fato se deve à reforma educativa brasileira ocorrida na década de 1990 que teve como maior expressão legal a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (nº 9324/96). Nessa normativa, o ensino técnico foi separado do ensino médio, podendo ser realizado de três formas distintas: integrado ao ensino médio, em que se deve organizar um currículo integrado entre ambas as formações (ensino médio e ensino técnico); concomitante, quando os dois cursos são realizados ao mesmo tempo, mas em instituições distintas sem interlocução entre estas; e subsequente, em que o estudante realiza a formação técnica após ter cursado o ensino médio.

Dados de 2007 (Pronko et al., 2011) demonstraram que mais de 90% das instituições que oferecem habilitações técnicas em saúde no Brasil o fazem nos formatos concomitante e, principalmente, subsequente. Na prática, isso significa dizer que o curso técnico em saúde no país adquire a forma de um curso pós-médio na maior parte dos casos, embora se realize em instituições que não necessariamente compõem o chamado ‘ensino superior’.

Outro fator importante para aprofundarmos as possibilidades de comparação se volta para o estudo da carga horária das habilitações técnicas em saúde oferecidas nos países. Identificamos que, independentemente do nível de escolaridade com o que se associam, a diversidade é imensa – na Argentina, Paraguai e Uruguai, a carga horária das habilitações técnicas em saúde varia de 1000 até 3800 horas, dependendo de cada habilitação e de cada país, com o estágio incluído na mesma. No Brasil, no entanto,

a carga horária mínima para a formação de um técnico em saúde é de 1200 horas, havendo, ainda, o acréscimo do estágio obrigatório que pode diferenciar a cada habilitação. Isso indica que pensarmos em processos de equivalência de certificações exigirá uma análise pormenorizada de cada habilitação técnica, considerando-se também uma análise que ultrapasse os requisitos educacionais formais, incidindo sobre os desenhos curriculares e as características de cada processo de trabalho onde a atividade dos técnicos se desenvolve, em cada país e em cada especialidade. Tal análise não poderá se descurar de escrutinar os graus de subordinação do trabalhador formado ao profissional de certificação superior que também são variáveis.

O que se destaca, portanto, é que comparar a realidade dos trabalhadores técnicos em saúde de cada país, traz-nos o complexo desafio de se considerar o seu processo de trabalho específico, a configuração histórica de sua especialidade, o papel desempenhado pelas corporações profissionais sobre cada uma e a função reguladora exercida ou não por parte de cada Estado.

Se tomarmos a questão da regulação e da regulamentação do exercício profissional e sua incidência sobre os processos formativos, a certificação e a definição de graus de atuação e subordinação no processo de trabalho, teríamos aí um amplo campo de pesquisa, visto que nos deparamos com situações distintas entre os países.

Salienta-se que há ainda, no interior de cada Estado pesquisado, uma tensão entre as políticas de educação – que certificam os profissionais –, e as políticas de saúde – que pautam sua atividade e suas possibilidades de inserção –, através de mecanismos de regulação do trabalho no setor e da amplitude de sua intervenção social traduzida em modelos mais ou menos integrais e universais de atenção. Tal tensão irá, assim, incidir na própria definição da função técnica do profissional da saúde, conforme ilustramos a seguir.

No Brasil, sobretudo desde o final da década de 1990 com a incidência de políticas educacionais neoliberais, ocorreram alguns casos de deslocamento da formação no nível técnico médio para o nível tecnológico superior. Isso resultou, em grande medida, do processo de privatização do ensino superior que propiciou, dentre outras coisas, a multiplicação de cursos de formação de tecnólogos correspondentes às chamadas 'gra-

duações curtas'. Mesmo que do ponto de vista da certificação escolar, as instituições que oferecem tais cursos sejam reconhecidas pelo Ministério da Educação, do ponto de vista da inserção profissional, nem o Ministério da Saúde, nem as respectivas corporações profissionais, eram favoráveis ao reconhecimento da habilitação profissional desses formados. Outro exemplo se volta à realidade uruguaia em que a formação de trabalhadores técnicos em saúde se realiza, predominantemente, de forma autônoma tanto em relação ao Ministério da Saúde quanto ao Ministério da Educação, através dos cursos desenvolvidos pela Universidade da República que é autônoma e responsável por mais de 80% dos cursos oferecidos no país. Embora nesse país a regulação do trabalho dos profissionais em saúde não esteja delegada nas corporações profissionais, as pressões corporativas e do próprio mercado de trabalho se processam por dentro da universidade com notável independência das políticas de saúde desenhadas no âmbito nacional, incidindo diretamente sobre a elaboração dos currículos dos cursos de formação de técnicos.

Na Argentina, por sua vez, no ano de 2002, foi criada uma Comissão Interministerial através do Convênio nº 296/2002, integrada por representantes do *Ministerio de la Educación de la Nación* (ME) e do *Ministerio de Salud de la Nación* (MSAL), tendo por objetivo regular e fiscalizar o exercício profissional, validando nacionalmente os títulos, assim como concedendo o registro profissional (Albano; Wansidler; Rosenbaum, 2009). Tal Comissão foi criada devido ao contexto histórico anterior que sofreu com as políticas neoliberais, instituindo processos de descentralização financeira e administrativa em todos os serviços educacionais de nível primário, secundário e superior não universitário e ocasionando a distribuição desigual de recursos do âmbito nacional para os 24 governos provinciais. Na análise de Duré (2009), tal descentralização na educação levou à configuração de uma variedade de ofertas educativas que se orientavam para determinados perfis de técnicos vinculados às forças do mercado, além de haver cursos com a mesma nomenclatura, mas com conteúdo distinto, assim como nomenclaturas diversas para um mesmo perfil profissional.

Na Argentina foi possível articular os dois Ministérios – da Educação e da Saúde – compreendendo que a formulação dos perfis profissionais, a formação, a certificação e o reconhecimento dos trabalhadores do setor Saúde exigem a atuação das duas instâncias. Todo o trabalho incorporou, nas mesas consultivas responsáveis pela elaboração do documento base,

representantes das instituições formativas, acadêmicas e trabalhistas relacionados a cada formação específica⁴ (Albano; Wansidler; Rosenbaum, 2009). Tal documento converteu-se, assim, no marco referencial para as jurisdições provinciais, a fim de orientar o processo de certificação nacional dos títulos, a definição das relações funcionais e hierárquicas dos técnicos nas equipes de saúde (Pronko et al., 2011). Desta forma, as províncias podem formar profissionais da saúde sem a orientação dos marcos referenciais, contudo, tais trabalhadores não terão um diploma com validade nacional, somente provincial – o que limita territorialmente sua atuação (Stauffer et al., 2015).

Em todos os casos é possível identificar a forte incidência do mercado sobre a formação dos trabalhadores da saúde, sobretudo desde os anos de 1990, época de acirramento dos processos de neoliberalização (Harvey, 2008) sobre os países da América Latina.

Outro elemento que podemos destacar se refere às distintas interpretações nacionais do que seja o ‘trabalho técnico em saúde’, ou seja, o entendimento destes como ‘profissionais’ também não é unívoca. Há diferenciação terminológica do que se considera ser um ‘profissional’ da saúde: no caso da Argentina, por exemplo, os enfermeiros não são considerados técnicos em saúde, enquanto no Brasil são compreendidos como a principal profissão técnica na área. Ainda no plano das denominações, existem também diferenças terminológicas que incidem na denominação das áreas e/ou subáreas de habilitação profissional, definindo espaços de atuação e/ou funções mais ou menos amplas para seus egressos, segundo o caso. Exemplo disso são os trabalhadores técnicos de radiologia no Brasil que, embora sejam considerados trabalhadores da área de ‘diagnóstico por imagem’ ou ‘imagenologia’, são solicitados a complementar sua formação inicial com especializações técnicas relacionadas às diferentes áreas de atuação para ocupar determinados espaços no desempenho das suas atividades. Ainda nesse campo, e no Brasil, a distinção entre técnicos e tecnólogos em radiologia se assenta mais no nível da formação (a primeira de nível médio, a segunda de nível superior), do que nas formas concretas de inserção no processo de trabalho. Mas, se os nomes parecem diferenciar nacional e funcionalmente esses trabalhadores, outras tendências sobre sua trajetória contemporânea os aproximam nas suas características.

⁴ Denominadas por *tecnicaturas* no país.

Algumas tendências que balizam a formação dos trabalhadores técnicos em saúde

Quando o Mercosul foi criado, um dos seus principais objetivos declarados era possibilitar a livre circulação de pessoas e serviços. Contudo, por mais que preconizasse o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais – o que incluiria considerar o direito de as pessoas trabalharem e viverem uma cidadania regional plena nos países em que escolhessem trabalhar e, sobretudo, buscar materializar direitos comuns para que não ocorresse a evasão de profissionais para certos países, buscando em outros melhores condições de vida –, a tônica da integração regional esteve sempre eminentemente voltada para o livre comércio.

Pensar em direitos máximos comuns a todos cidadãos e cidadãs mercosulinos exigiria debruçarmo-nos sobre três grandes áreas que se imbricam – as regulações de relações de trabalho, as políticas de educação e de saúde – a fim de se instituir políticas comuns (Pronko; Stauffer; Corbo, 2014).

As pesquisas realizadas nos possibilitam delinear algumas semelhanças na formação de técnicos em saúde nestes países que são importantes para considerarmos como tal formação pode contribuir para a implementação plena do direito à Saúde da população. A seguir, sintetizamos algumas das principais tendências:

a) Concentração geográfica e gestão privada das instituições formadoras

Um dos mapeamentos realizados nas pesquisas se propôs a identificar onde se encontravam geograficamente as instituições formadoras de trabalhadores técnicos em saúde. Embora houvesse diferenças na distribuição regional entre os países, foi possível constatar certa concentração geográfica da oferta nos grandes centros urbanos e regiões metropolitanas, acompanhando a distribuição geral de equipamentos educacionais e sanitários.

Na Argentina, no ano de 2011, a região central concentrava 64% das instituições formadoras – 43% desse total circunscrito na província de Buenos Aires e Cidade Autônoma de Buenos Aires. No Paraguai, dados coletados em 2010, indicam que as instituições formadoras se concentravam em Assunção e nos departamentos (províncias) circundantes.

No caso do Uruguai, como a Universidade da República (Udelar) é a responsável pela quase totalidade da oferta de formação para esses traba-

lhadores, acabou por concentrar-se em Montevideu, sua sede principal, tal formação. Entretanto, é importante mencionar que, desde 1979, há um processo de interiorização desses cursos em Paysandú e outras sedes que foram se consolidando mais recentemente. Contudo, na última década, houve também um crescimento de cursos nas universidades privadas – sobretudo na Universidade Católica do Uruguai e na Universidad de la Empresa – que passaram a oferecer cursos como enfermagem, fisioterapia, psicomotricidade, fonoaudiologia, imagenologia e se preparam para abrir hemoterapia. Há ainda o Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAE), universidade que oferece o curso de medicina⁵.

No Brasil, segundo dados de 2007 (Pronko et al., 2011), as instituições de formação de técnicos em saúde se localizam nas regiões com maior concentração econômica – Sudeste (56,48%) e Sul (18,46%) – restando às demais regiões brasileiras a seguinte porcentagem: região Norte (5,44%), Centro-Oeste (5,93%) e Nordeste (13,51%).

Esses dados demonstram que a criação das instituições formadoras nestes países, sobretudo desde a segunda metade do século XX, acompanharam o processo de urbanização e consequente concentração urbana – o que nos leva a indagar sobre as fortes desigualdades regionais que persistem nos países mencionados e que penalizam particularmente as populações rurais de cada país, já submetidas à lógica expulsória do agronegócio. É evidente que tal desigualdade não se limita à distribuição de estabelecimentos de ensino, mas também reflete na cobertura dos sistemas de saúde, e nas ofertas de vagas no mercado de trabalho em saúde (Pronko et al., 2011).

A situação se agrava se cruzarmos tais dados com a expansão do setor privado – mesmo considerando as variações em cada país no que tange à educação e à saúde. Dentre os países estudados, somente Uruguai ainda apresenta predominância do setor público na formação, como apontado anteriormente. Os demais países, à época da pesquisa, apresentavam clara predominância de instituições formadoras privadas – Argentina, com 66%; Brasil com 87% e Paraguai em torno de 95% – sendo a maioria das instituições criadas entre as décadas de 1990 e 2000, época de forte instauração do neoliberalismo e de privatização da educação de técnicos nos países da América Latina – seja este realizado no ensino superior ou

⁵ Agradecemos à Patrícia Manzoni, diretora da Escola Universitária de Tecnologia Médica/Udelar, pela atualização de algumas informações.

no ensino de nível médio, como no caso do Brasil. A maior ou menor incidência da lógica privatizadora em cada caso nacional não pode ser entendida de maneira separada dos processos históricos, particularmente, no que tange à resistência e mobilização da população capaz de conter tais processos de privatização, fruto da reforma destes Estados nacionais. Nesse sentido,

[...] embora a pesquisa tenha se restringido a observar os processos de formação dos trabalhadores técnicos em saúde, pode se afirmar que a constituição de “mercados de formação” foi correlata à extensão de “mercados de saúde” que se desenvolveram de forma desigual em cada um dos espaços nacionais, inclusive naqueles onde a definição de sistemas públicos universais de saúde pautou a atuação dos setores empresariais. (Pronko; Stauffer; Corbo, 2014, p. 24, grifos das autoras)

O que se constata, portanto, é que a formação privada não tem contribuído para uma formação ampliada e integral, trazendo as bases científicas do trabalho técnico. Contrariamente, de uma maneira geral, tal formação se pauta na aquisição de um conhecimento prático com caráter instrumental, tecnicista, que vem efetivando a pedagogia hegemônica do capital – ou seja, a pedagogia das competências que desenvolve valores como eficiência, eficácia, empreendedorismo, organizando as atividades de forma padronizada. Institui-se, assim, um discurso hegemônico que se torna senso comum de que a ‘boa formação’ é aquela que capacita um trabalhador a ser polivalente, multiqualificado, flexível diante de situações imprevisíveis, que seja capaz de colaborar com sua equipe (Pronko et al., 2011). Contudo, esse trabalhar em equipe não está imbuído de um processo coletivo de organização dos trabalhadores, mas sim, de fazer bem a sua parte para que toda a equipe seja considerada boa – dentro dos parâmetros capitalistas, da ‘colaboração’ como novos valores ordenadores da sociedade contemporânea.

O ‘novo trabalhador’ acaba por se constituir – e ser formado para tal perspectiva – como um sujeito alienado da responsabilidade coletiva e da compreensão de seu papel social como cidadão e como trabalhador que compreenda a Saúde como um direito de todos. Pesquisas mais recentes corroboram as conclusões apresentadas. Corrêa, Clapis e Moraes (2022), por exemplo, analisaram os planos de curso de seis escolas que formam trabalhadores técnicos em saúde no estado de São Paulo, sendo

quatro públicas e duas privadas, tentando refletir sobre aproximações e afastamentos dessa formação para o SUS e em perspectiva humana. Com base nessa análise, as autoras concluem:

As origens históricas da área da saúde que explicitam aderência a modelos instrumentais e mesmo à ausência de formação de alguns trabalhadores são confrontadas com as demandas advindas do SUS, como a compreensão da saúde relacionada às condições de vida e trabalho, a construção do cuidado integral e a luta pela manutenção do direito à saúde. Apesar de ganhos como a realização de projetos de formação, como o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) e outros, bem como a criação das escolas técnicas do SUS (ETSUS), com base no conjunto de planos analisados, ainda há fragilidades quanto à proposição de projetos formativos robustos na consolidação do SUS. Essas fragilidades se associam à não referência explícita ao SUS na maioria dos planos de cursos analisados, com exceção de dois da enfermagem, um deles pertencente à ETSUS. Em todos os planos, exceto em um do curso de nutrição e dietética de uma instituição pública, há alguma inserção direta do SUS nas justificativas, nos objetivos ou conteúdos de ensino. E nos CNCTs de todas as áreas em foco, o SUS não está explicitamente presente, o que ocorre somente na versão atual, que o inclui como conhecimento fundamental. Nos planos, com ênfase nos cursos técnicos de farmácia e de nutrição e dietética, sobressai, nas justificativas e tendências, o enfoque explícito ao mercado. Apreendem-se, pois, mais afastamentos que aproximações à formação para o SUS. (Corrêa, Clapis e Moraes, 2022, p. 12)

Nesse sentido, continuamos a afirmar que a formação dos trabalhadores técnicos em saúde tem se constituído, cada vez mais, dentro dos estreitos limites fixados pelo “mercado de trabalho”.

b) A definição da oferta de formação: a onipresença do mercado de trabalho.

A segunda semelhança constatada entre os países que participaram da pesquisa se refere, assim, à definição da oferta dos cursos técnicos orientada pelo mercado de trabalho – tanto nas instituições públicas como privadas. Como dito anteriormente, a incidência predominante das instituições privadas conforma o trabalhador à sociabilidade capitalista, configurando cursos e seus currículos coadunados à essa perspectiva. Une-se, portanto, o ‘mercado de trabalho’ ao ‘mercado da formação’.

Nos três países que chegaram à fase final da pesquisa – Argentina, Brasil e Uruguai – verifica-se que as habilitações mais ofertadas são aquelas mais bem absorvidas pelo mercado de trabalho, tanto público como privado, principalmente enfermagem. Mesmo tendo papel primordial nas equipes de saúde, podemos inferir que o curso de enfermagem é o mais ofertado também devido à baixa complexidade tecnológica do processo formativo, propiciando maiores lucros e menores investimentos por parte das instituições privadas e dos governos. A organização das ofertas formativas pelo mercado – seja da formação ou do trabalho – não dialoga, no entanto, com as necessidades e urgências da área da saúde. E isso não se resume somente à disponibilização no mercado de um número descompassado de trabalhadores para determinadas funções, enquanto em outras pode haver quase inexistência. Muito mais complicado é a configuração de formações que não dialogam com as políticas da educação e da saúde, definindo-se conteúdos alheios às necessidades dessas áreas e diretrizes alheias àquelas que orientam os sistemas públicos de saúde. Para ilustrar podemos mencionar que o processo formativo do futuro trabalhador se foca apenas em seu papel e responsabilidade técnicos, excluindo-se de discutir sua inserção política e estratégica no sistema público de saúde e no processo de trabalho, visto que são estes trabalhadores que constituem o mais numeroso contingente de trabalhadores nos sistemas de saúde, compondo a linha de frente da atenção junto à população.

Esta concepção de formação técnica, constituída com alto grau de instrumentalidade, foi construída historicamente devido à necessidade crescente da estruturação dos serviços de saúde. Assim, nos primórdios, aqueles que ali trabalhavam aprendiam no cotidiano do serviço, pela observação dos técnicos mais experientes, sem haver nenhuma reflexão sobre as bases conceituais desse aprendizado e sem reflexão política sobre a atuação desse trabalhador para a estruturação dos serviços de saúde.

Contudo, o trabalho em saúde se complexificou e se estruturou de forma hierarquizada e fragmentada, exigindo, portanto, a escolarização formal prévia, além de um processo formativo específico para cada campo de especialização. Tal fato passou a exigir algum tipo de interlocução com o sistema educativo formal, acarretando uma dupla regulação para esses trabalhadores – aquela proveniente das autoridades educacionais (ministérios de educação ou instâncias jurisdicionais equivalentes) e a relacionada à regulação do trabalho (que varia em cada país, seja realizada

pelos ministérios de saúde ou instâncias jurisdicionais equivalentes, pelas corporações profissionais que incidem sobre o papel de cada especialidade e suas atuações no processos de trabalho, ou por formas mistas de regulação). Há de se ressaltar, no entanto, que não necessariamente tais âmbitos dialogam ou apresentam uma direcionalidade em comum, mas muitas vezes, regulam com lógicas próprias, acarretando descompasso entre a formação e o processo de trabalho. Uma ilustração desse processo se encontra no artigo “Os invisibilizados e sua sombra Estudo de caso: Os “técnicos idôneos” em Medicina Nuclear na Argentina (2018-2024)” presente nesta publicação.

Outro descompasso importante a se destacar se refere à constituição de documentos pedagógicos orientadores das instituições formadoras. Tanto no Brasil – sob a denominação de Projeto Político Pedagógico – como na Argentina – sendo nomeado como Projeto Educativo Institucional – preconiza-se a construção de um documento que explicita a concepção política e pedagógica da instituição formativa e, conseqüentemente, dos cursos ofertados. Tal documento deve ser elaborado de forma coletiva, visto que, envolvendo todos os trabalhadores da instituição e sua comunidade, precisará delinear as finalidades da instituição, ou seja, seus pressupostos filosóficos, sociológicos, didático e metodológico (Stauffer, 2007).

Contudo, muitas vezes, esse instrumento é reduzido a um documento burocrático, construído por um conjunto reduzido de especialistas, não sendo incorporado à prática docente – não raro os docentes nem têm conhecimento dele. Convertido a um requisito formal para o funcionamento das instituições formadoras, não reverbera na prática cotidiana do processo de ensino-aprendizagem, contribuindo para uma compreensão da prática pedagógica como mera reprodução de técnicas requeridas pelo mercado de trabalho.

c) A ausência de políticas (e de práticas) de formação docente para a formação de trabalhadores técnicos em saúde.

A questão da docência é um fato relevante a ser abordado, visto que há uma ausência de políticas orientadoras para a formação docente dos formadores dos técnicos em saúde, tanto do ponto de vista das autoridades educacionais, como das autoridades sanitárias. Na prática cotidiana, tal

formação dos formadores se vincula mais à necessidade de atualização dos conhecimentos técnicos específicos de cada área, desconsiderando-se a dimensão pedagógica. Ou seja, trabalhadores técnicos mais especializados do ponto de vista estrito das técnicas a serem executadas se convertem em docentes, incidindo, portanto, nas características do trabalhador a ser formado. Como apontamos em publicação anterior,

[...] embora pareça existir nas instituições formadoras uma tensão entre formação instrumental e formação integral, relacionada à tensão entre teoria e prática no processo formativo, os métodos de ensino-aprendizagem declarados assim como o perfil do trabalhador em formação parecem indicar ainda uma concepção de trabalho técnico em saúde, predominante na região, muito ligada ao tecnicismo e ao “fazer”. Tal concepção anula a possibilidade de apropriação, pelo futuro trabalhador, das bases científicas que determinam as técnicas, ou dos fundamentos teóricos que permitem a compreensão das dinâmicas e dos processos históricos de produção científica e tecnológica, necessários para a transformação das condições materiais da vida e para a ampliação das potencialidades e das capacidades do homem. (Pronko; Stauffer; Corbo, 2014, p. 25, grifo das autoras)

Nesse contexto, a qualificação pedagógica desses trabalhadores transformados em formadores se converte numa responsabilidade específica de cada docente de maneira individual. Em quase todos os casos considerados na pesquisa, não havia, por parte das instituições, uma política de formação e estímulo à capacitação, embora fosse reconhecido que a maior demanda dos próprios formadores se voltava à formação didático-pedagógica.

Diante dessa constatação, a Universidade da República do Uruguai (Udelar), principal formadora de técnicos em seu país, realizou entre julho de 2016 a julho de 2017, através de um processo de cooperação interinstitucional (EPSJV/Fiocruz – Udelar), o “Curso de Formação para Docentes da Área da Saúde da Universidade da República do Uruguai”⁶, fornecendo oportunidade de formação específica aos docentes que lecionam no interior do país.

Tanto no Brasil como na Argentina, a maioria dos docentes das carreiras técnicas de saúde são profissionais de saúde, havendo grande necessidade

⁶ Para mais informações sobre tal processo formativo, consultar LEHER, Elizabeth M. T. e RUELA, Helifrancis C. G. (org.). **Formação crítica de professores da área da saúde: uma experiência de cooperação entre Brasil e Uruguai**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020.

de uma formação didático-pedagógica. Constatou-se que na Argentina, são os docentes mais jovens que buscam mais frequentemente processos de qualificação. No âmbito universitário é mais comum haver alguns perfis docentes que realizaram alguma formação docente, seja pela exigência dos concursos públicos ou porque tradicionalmente, a oferta de capacitação e atualização docente está mais acessível nesse nível.

No Brasil, as formações profissionais não preparam para docência ou, quando o fazem, preparam com uma visão pedagógica fragmentada, curta, instrumental, adequada à sociabilidade capitalista. Observou-se, em algumas instituições participantes da pesquisa, a oferta de capacitações específicas ou incentivos diretos (através de financiamento ou liberação), ou indiretos para que os docentes procurem esta formação fora. Há que se destacar que no ano de 2010, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), propôs ao Ministério da Saúde (MS) a realização de turmas especiais do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde para a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS), com estudantes oriundos de escolas dos 09 (nove) estados da região nordeste do país.

Posteriormente, entre os anos de 2015-2019, realizou-se o “Projeto de Apoio Estratégico e Fortalecimento da Formação Técnica de Nível Médio em Saúde”, fruto um convênio entre a Fiocruz, por meio da EPSJV, e a Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (CGATES/SGTES/MS). O projeto teve por objetivo fortalecer a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS)⁷, com base

⁷ A RET-SUS é “uma rede de escolas de natureza pública e descentralizada, sob a coordenação da CGATES/SGTES/MS, voltada à oferta de cursos dedicados à qualificação profissional dos trabalhadores de nível médio empregados especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS). Originada a partir da criação da RET-SUS se pauta na atuação dos primeiros Centros de Formação de Recursos Humanos para o SUS sendo estruturada como rede de formação por meio da portaria nº 1.298/GM, de 28 de novembro de 2000, tendo como missão atender ao preceito constitucional, previsto no art. 200, III, que estabelece a competência do Sistema Único de Saúde para ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Sua institucionalização no ano 2000, consistiu, pois, na culminação de um processo que remonta à década de 1980 e que se caracterizava pela formação e qualificação dos profissionais de nível médio e fundamental do SUS, numa estratégia que combinava a busca pela inclusão social por meio da educação, e o aperfeiçoamento técnico dos serviços ofertados pelo SUS por meio da qualificação profissional de seus trabalhadores. Atualmente, a RET-SUS é composta por 41 instituições, entre Escolas Técnicas, Centros Formadores de Recursos Humanos e Escolas de Saúde Pública, existentes em todos os estados do Brasil. Em seu conjunto, 33 são estaduais, 07 são municipais e 01 é federal. A maioria delas é ligada diretamente à gestão do SUS, por sua vinculação majoritária às secretarias estaduais ou municipais de saúde. Aquelas que estão diretamente vinculadas à outras secretarias de governo (notadamente as de educação) têm, no entanto, sua gestão compartilhada com as secretarias de saúde.” (SILVA, 2019, p. 3).

em quatro metas específicas entre as que se destaca o desenvolvimento de outras duas turmas do mestrado profissional: uma com docentes da região sul-sudeste e a segunda destinada à região norte-centro oeste, totalizando 51 docentes formados.

Apesar desse esforço, não podemos nos eximir de refletir que, por suas dimensões continentais, tal estratégia não abrange as necessidades reais do Brasil. Isso porque, particularmente, o desmonte das políticas de educação e de saúde no país têm incidido na precarização cada vez mais frequente das ETSUS ou mesmo na sua incorporação às Escolas Nacionais de Saúde Pública⁸, retornando a momentos históricos anteriores em que se disputava os orçamentos e a legitimidade junto à formação de profissionais do ensino superior.

Reflexões finais ou quanto ainda nos falta caminhar?

Por mais que ações pontuais tenham sido realizadas, ainda precisamos indagar sobre o sentido e os objetivos da formação técnica em saúde, pois somente a resposta a essa questão nos orientará na definição das estratégias políticas e pedagógicas que permitam o enfrentamento ao contexto adverso em que vivemos, e que foram acentuadas desde a segunda década do século XXI. Que trabalhadores formamos para qual sociedade? Que trabalhadores formamos para qual sistema de saúde?

No Brasil, pelo menos, país em que nos situamos, verificamos a hegemonia de um mercado de formação cuja predominância é o modelo pedagógico pautado na lógica de produção de competências e promoção de condutas adequadas (Pronko, 2019), voltado, cada vez mais estreitamente, para o mercado de trabalho, e que se distancia de uma perspectiva de formação integral desses trabalhadores. O fenômeno da pandemia de covid-19 só acentuou esse processo aprofundando a privatização da formação tanto pelo crescimento da oferta privada direta (concomitante à retração da oferta das instituições públicas, muitas delas sucateadas e condenadas ao descaso) quanto pela introdução cada vez mais maciça de pacotes de conteúdo e formatos pedagógicos que, articulados acriticamente à difusão de ferramentas e plataformas tecnológicas, tornam a formação cada vez mais aligeirada e instrumental. Essas considerações que refletem o movimento geral da chamada ‘educação profissional’ se

⁸ As Escolas Nacionais de Saúde Pública se voltam à qualificação de trabalhadores de nível superior, atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS).

tornam mais críticas na área de saúde, como podemos constatar no processo de reconfiguração do Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos (quarta edição de 2020) que permite que cursos da Saúde sejam desenvolvidos com cargas horárias significativas em EaD⁹.

A pandemia também escancarou a importância dos serviços públicos de saúde e deixou explícito que um modelo de formação biomédico, tecnicista, individualista e instrumental não responde aos desafios complexos das necessidades de saúde da população. As políticas de saúde precisam se consolidar cada vez mais na perspectiva de uma atenção integral que, por sua vez, só pode estar ancorada na construção coletiva de uma perspectiva de formação humana integral. Para isso, continuam sendo imprescindíveis as lutas populares por uma educação e uma saúde de qualidade para todos, assim como a garantia de condições e direitos trabalhistas que amparem o conjunto dos trabalhadores, sendo todas essas dimensões necessárias para a emancipação humana¹⁰.

Por essa concepção precisamos mirar não só os futuros trabalhadores técnicos em saúde, mas os docentes e trabalhadores atuais, buscando constituir processos formativos que ofereçam condições para pensar o mundo e se pensar no mundo, visualizando a construção de uma outra sociedade. Ou seja, o desafio é construir processos formativos que possibilitem a apropriação não apenas das técnicas necessárias ao trabalho em saúde, mas também de seus fundamentos científicos, tecnológicos, políticos e sociais, fomentando a constituição de um olhar crítico e reflexivo sobre o seu fazer social, sua inserção nos sistemas públicos de saúde e as determinações sociais da sua atuação profissional.

⁹ Para ilustrar, constatamos que, dos 31 cursos técnicos relativos ao Eixo de Ambiente e Saúde, inscritos no Catálogo Nacional dos Cursos Técnicos do Ministério de Educação e Saúde, 26 podem ser realizados na modalidade EaD com, no mínimo, 50% da carga horária em atividades presenciais. Quatro cursos técnicos – Meio Ambiente, Meteorologia, Controle Ambiental, Reciclagem – podem ser realizados na modalidade EaD com, no mínimo, 20% da carga horária em atividades presenciais. Somente o curso técnico do Agente Comunitário de Saúde é que não pode ser realizado na modalidade EaD, conforme disposto na Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (Disponível em: <http://cnct.mec.gov.br/eixo-tecnologico?id=1&pagina=1> \. Acesso em: 05 ago. 2022).

¹⁰ Por emancipação humana compreendemos o rompimento com a dominação e a alienação a que a classe trabalhadora está submetida, sendo expropriada dos produtos do seu trabalho e dos meios de produção e subsistência. Para tanto, é imprescindível que se supere as condições objetivas e subjetivas que sustentam tal alienação e dominação, visando à apropriação, por parte das classes trabalhadoras, das forças produtivas e, conseqüentemente o desenvolvimento da totalidade das suas capacidades de trabalho como sua expressão e criação (Ribeiro, 2012).

É necessário que recuperemos a omnilateralidade no processo de formação, superando a alienação e a formação unilateral, que reduzem o trabalhador às exigências de sua existência, subsumindo-se à produção de mais valor ao capitalista (Manacorda, 2010).

Em tempos de exacerbação do individualismo como valor moral radical e de avanços do conservadorismo nas formas de organização da sociedade brasileira (e talvez latino-americana), confrontar a sociabilidade capitalista não constitui um desafio simples nem imediato, mas compõe o conjunto de horizontes de luta que deveremos enfrentar nos próximos tempos.

Referências

ALBANO, Daniel Rodolfo; WANSIDLER, Gustavo; ROSENBAUM, Jorge. Desarrollo de La propuesta de construcción curricular para las tecnicaturas de nivel superior del campo de la salud. In: PRONKO, Marcela A.; CORBO, Anamaria D. (org.). **A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p.135-44. (Caderno de Debates, 2).

BRASIL. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. Brasília: 2020. Disponível em: <http://cnct.mec.gov.br/> Acesso em: 15 jun. 2022.

CASTRO, Nadya A. Organização do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna. In: MACHADO, Lucília Regina de S. et al. (org.). **Trabalho e Educação**. Campinas: Coletânea CBE, Papirus, 1992.

CORRÊA, Adriana Kátia; CLAPIS, Maria José; MORAES, Silvia Helena M. Perfis profissionais de planos de cursos técnicos

em saúde: mercado, SUS e formação humana. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00237183. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-o-js237>. Acesso em 15 jun. 2022.

DAVID, Helena. **Persiste, nos níveis ministeriais, um ideário utilitarista de ofertar uma formação aligeirada que instrumentalize as ACS**. Entrevista concedida a Viviane Tavares. 7 dez. 2021. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/persiste-nos-niveis-ministeriais-um-ideario-utilitarista-de-ofertar-uma-formacao> Acesso em: 24 jun. 2022.

DURÉ, Isabel. Los desafíos y las perspectivas de la formación de los trabajadores técnicos de la salud: situación en Argentina. In: PRONKO, Marcela A.; CORBO, Anamaria D. (orgs.). **A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. (Caderno de Debates, 2).

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde. **Trabalhadores Técnicos em Saúde: formação profissional e mercado de trabalho**. Relatório Final. Rio de Janeiro, 2003.

HARVEY, David. **Neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.

LEHER, Elizabeth M. T.; RUELA, Helifrancisco C. G. (org.). **Formação crítica de professores da área da saúde: uma experiência de cooperação entre Brasil e Uruguai**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020.

MARTINS, Fernanda; SHARAPIN, Martha P.; MUNCK, Sérgio. **Relatório da oficina de trabalho para planejamento do Curso de Qualificação Profissional em Registro e Informações em Saúde (Cetris) 2018**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2018. não publicado.

MANACORDA, Mario A. **Marx e a pedagogia moderna**. Campinas, São Paulo: Editora Alínea, 2010.

PEREIRA, Isabel B. **A formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde**. 2002. 254f. Tese (Doutorado em Educação)–Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: História, Política e Sociedade. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2002.

PRONKO, Marcela Alejandra; CORBO, Anamaria D. (org.). **A silhueta do invisível: a formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PRONKO, Marcela Alejandra *et al.* **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

PRONKO, Marcela Alejandra; STAUFFER, Anakeila B.; CORBO, Anamaria D. **Formação de Trabalhadores Técnicos no Mercosul em perspectiva comparada**. *Revista Latinoamericana de Educación Comparada*. Buenos Aires. Año 5, n. 5. 2014, p. 16–28.

PRONKO, Marcela Alejandra. Modelar o comportamento. **RTPS: Revista Trabalho, Política e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 6, p. 167–180, jun. 2019. Disponível em: <http://costalima.ufrj.br/index.php/RTPS/article/view/248>. Acesso em: 14 mar. 2022.

RIBEIRO, Marlene. “Emancipação versus Cidadania”. In: Caldart, Roseli S.; PEREIRA, Isabel B.; ALENTEJANO, Paulo; FRIGOTTO, Gaudêncio. (org.). **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular, 2012, p. 299–305.

SILVA, Jefferson Almeida *et al.* **Projeto de Apoio Estratégico e fortalecimento da formação Técnica de Nível Médio em Saúde: dossiê**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2019.

SOARES, Marcia F.; SHARAPIN, Martha P.; MACHADO, Sergio M. **Processo de qualificação de trabalhadores técnicos de Informações e Registros em Saúde**. In: MOROSINI, Márcia Valéria G.; LOPES, Márcia C. R.; CHAGAS,

Daiana C.; CHINELLI, Filippina; VIEIRA, Monica (org.). **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**, Rio de Janeiro: EPSJV, 2013, p.179-205.

STAUFFER, Anakeila B. **Projeto político-pedagógico: instrumento consensual e/ou contra-hegemônico à lógica do capital?** 2007. 217f. Tese (Doutorado em Educação)– Centro de Teologia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

STAUFFER, Anakeila B.; CORBO, Anamaria D. (org.) **Os desafios da integração regional para os trabalhadores técnicos em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014.

STAUFFER, Anakeila B. *et al.* **Avaliação de processo de cooperação técnica internacional entre Brasil e Argentina na formação de trabalhadores técnicos em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2015.

A formação de técnicos de atenção primária no Equador: um relato de experiência

Eduardo Casañas

Instituto Superior Tecnológico Liceo Aduanero (ISTLA), Equador

Prólogo

A proposta da Convenção de Alma-Ata (1978) enuncia entre seus importantes manifestos:

A Conferência reitera veementemente que a saúde, um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade ou doença, é um direito humano fundamental e que a obtenção do mais alto nível de saúde possível é um objetivo social extremamente importante em todo o mundo, cuja realização requer a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos. (Organização Pan-Americana da Saúde, 1978, p. 01).

Para isso, faz-se necessária a aplicação da Atenção Primária à Saúde (APS). Isso reduzirá os custos do atendimento nos hospitais de primeiro, segundo e terceiro níveis.

No primeiro contexto, no Equador, a aplicação da APS se inicia com a formação das Equipes Básicas de Atenção à Saúde (EBAS), em 2007, compostas por um profissional de saúde médico ou odontológico, um auxiliar de enfermagem e um voluntário da comunidade, a fim de promover a saúde e atrair grupos prioritários de atendimento. É claro que a falta de capacitação em APS dessas equipes implicou apenas na geração de dados de referência e de atendimento à comunidade, por vezes mediante a disposição dos membros da EBAS em servir.

Tendo em conta o compromisso assumido na Convenção de Alma-Ata, especialmente no que diz respeito à redução da mortalidade materna e infantil e da desnutrição infantil, é necessário gerar um modelo de cuidados que organize, em primeiro lugar, os sistemas de saúde, que, embora estejam sob a direção do Ministério de Saúde Pública, funcionam de forma independente e desarticulada, o que resulta numa falta de planejamento da política de saúde pública.

A implementação da APS no país requer um manual de procedimentos que reflita a realidade do Equador e que seja aplicável ao território. Neste contexto, foi criado o manual MAIS, Modelo de Atenção Integral à Saúde (Equador, 2012).

Uma vez criado o modelo que contempla a formação de Equipes de Atenção Integral à Saúde (EAISs), que implica na profissionalização técnica de lideranças comunitárias reconhecidas pela comunidade, em áreas rurais e de difícil acesso, a questão central agora é iniciar o ensino superior formal em institutos validados capazes de conceder o título de Técnicos de Atenção Primária à Saúde (TAPSS).

A missão dos TAPSS é identificar e intervir de forma abrangente sobre os riscos e determinantes da saúde no seu espaço individual, familiar, comunitário e institucional, promovendo o bem-viver, com base no respeito pelos valores, princípios e cultura locais, e com foco na atenção integral à saúde das pessoas em um determinado espaço populacional.

O avanço na elaboração de Análise Situacional Integral de Saúde (ASIS) é possível graças à participação ativa dos TAPSS, os quais podem envolver a comunidade na elaboração dos fatores de risco.

Considero que a abordagem da formação multiprofissional é importante para profissionalizar os TAPSS a nível tecnológico e ter um impacto positivo na implementação da APS, que, devido à falta de tecnólogos profissionais em APS (não necessariamente do quarto nível de treinamento) e de capacitação para supervisores comunitários, não tem conseguido se aproximar da proposta de Alma-Ata até o momento, ratificada na Convenção de Astana.

Antecedentes

O atual conceito de saúde definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, dá uma reviravolta na política de saúde pública, pois relaciona o estado de bem-estar físico com o bem-estar mental e à convivência com o meio ambiente. Como consequência desta definição, é obrigatória a coordenação de ações entre o Órgão de Governo da Saúde, os Governos Autônomos Descentralizados (GADs municipais) e outras entidades públicas empenhadas em proporcionar bem-estar à população, sem distinção de classes sociais ou econômicas.

O conhecimento dessa definição revela a necessidade de articulação das diferentes organizações governamentais e privadas, além de mostrar a lacuna na formação de talentos humanos específicos para que essa proposta seja analisada de forma objetiva.

A Declaração de Alma-Ata, em 1978¹, propõe uma abordagem multifatorial e a determinação de diversas causas da equidade e culturais como uma proposta de solução para os problemas de saúde, vislumbrando, assim, um atendimento mais preventivo que permita reduzir o atendimento puramente biológico da medicina.

Incluem-se aqui os determinantes da saúde, como os fatores sociais e ambientais, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a prestação de serviços de saúde, as condições sanitárias, ou seja, o conjunto de fatores que influenciam o bem-estar individual e familiar.

Esses fatores que afetam o bem-estar, além do conhecimento geral da carência de serviços de saúde, sugerem a aplicação da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente em países de economia média e baixa, como uma alternativa para reduzir os custos do atendimento hospitalar e diminuir os indicadores de doenças prevalentes no âmbito de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde.

¹ “A Conferência reitera veementemente que a saúde, um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade ou doença, é um direito humano fundamental.”

Definição de atenção primária à saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS), segundo a Alma-Ata (1978) “é a Atenção à Saúde baseada em métodos e tecnologias simples, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, que estejam disponíveis aos indivíduos, famílias e comunidade a um custo aceitável para a comunidade e o país, de modo que possa atender a cada etapa de desenvolvimento”.

Além disso, inclui práticas culturais², relação com o meio ambiente, equidade na assistência à saúde e compromissos para reduzir as taxas de mortalidade materna e desnutrição infantil. Deve-se observar que, após 44 anos, os produtos propostos por 134 países, 67 organizações internacionais e muitas organizações não governamentais ainda são um sonho, por exemplo, devido à falta de compreensão do conceito de APS ou à falta de decisão política por parte dos Estados envolvidos.

Segundo Torres-Lagunas (2018, p. 330), a declaração de Astana no Cazaquistão³ (Organização Mundial da Saúde, 2018), afirma que para enfrentar os desafios de saúde e desenvolvimento da era moderna, precisamos de uma APS que:

1. empodere indivíduos e comunidades como donos de sua saúde, como defensores de políticas que a promovam e protejam, e como arquitetos dos serviços sociais e de saúde que para ela contribuem;
2. aborde os determinantes sociais, econômicos, ambientais e comerciais da saúde por meio de políticas e ações baseadas em evidências em todos os setores; e
3. garanta uma forte saúde pública e cuidados primários ao longo da vida das pessoas, como o núcleo da prestação de serviços integrados.

² A prática cultural é a manifestação em ações concretas de uma cultura ou subcultura, especialmente em relação às práticas tradicionais e costumeiras de um indivíduo étnico ou outro grupo cultural.

³ A Declaração de Astana, Cazaquistão, “reitera o compromisso global dos sistemas de saúde de cuidar das pessoas por meio de uma APS renovada e sustentável que visa alcançar a cobertura universal de saúde com o apoio da OMS, OPAS e UNICEF”(Organização Mundial da Saúde, 2018).

A realidade no Equador

Aspectos Legais

A Constituição da República⁴

Artigo 11- 2. Todas as pessoas são iguais e gozam dos mesmos direitos, deveres e oportunidades.

Artigo 14 - É reconhecido o direito da população de viver em um ambiente saudável e ecologicamente equilibrado, que garanta a sustentabilidade e o bem-viver, *sumak kawsay*.

Artigo 32 - A saúde é um direito garantido pelo Estado, cuja realização está vinculada ao exercício de outros direitos, entre eles o direito à água, à alimentação, à educação, à cultura física, ao trabalho, à previdência social, a ambientes saudáveis e outros que sustentem o bem-viver.

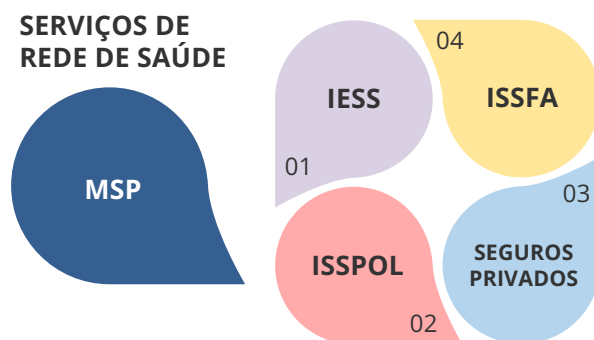
“O Estado garantirá esse direito por meio de políticas econômicas, sociais, culturais, educacionais e ambientais; e o acesso permanente, oportuno e inclusivo a programas, ações e serviços para a promoção e atenção integral à saúde, saúde sexual e reprodutiva. A prestação de serviços de saúde⁵ reger-se-á pelos princípios da equidade, universalidade, solidariedade, interculturalidade, qualidade, eficiência, eficácia, precaução e bioética, com enfoque de gênero e geração”.

A assistência à saúde no país, segundo a Constituição (Equador, 2008), é regida pelo Ministério da Saúde Pública, no entanto, faltou coordenação na prestação de serviços de saúde⁵, cujos prestadores se destinavam a realizar assistência, mas de forma isolada, por isso os indicadores epidemiológicos não correspondiam à realidade da saúde pública. E, obviamente, houve também uma subnotificação das diferentes doenças prevalentes.

⁴ A Constituição da República do Equador (2008) é a Norma Suprema à qual está sujeita toda a legislação equatoriana, que estabelece as normas fundamentais que protegem os direitos, liberdades e obrigações de todos os cidadãos, bem como os do Estado e suas instituições.

⁵ *Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (IPS). *Profissionais de saúde independentes. *Transporte especial de pacientes. *Entidades com objeto social diferente da prestação de serviços de saúde.

Figura 1: Desarticulação do Sistema Único de Saúde



Fonte: Elaborado pelo autor

Siglas:

MSP: Ministério da Saúde Pública

IESS: Instituto Equatoriano de Seguridade Social

ISSPOL: Instituto de Segurança Social da Polícia

ISSFA: Instituto de Segurança Social das Forças Armadas

A dispersão mais visível da atenção se refletia também em uma falta de política de saúde pública, pois era politicamente regida pela Constituição de 1998, que não foi projetada com uma visão social e de convivência comunitária, sujeitando o país a uma expressão máxima de crise em 2005, com o surgimento de grupos organizados de protesto social.

Em 2008, com um novo governo de perspectiva socialista, uma importante reforma foi realizada em termos de saúde na convenção de Montecristi, na província de Manabí, Equador, conceituando-se como marco constitucional o Plano Nacional para o Bem-Viver 2009-2013 e o Sumak Kawsay⁶.

“Nessa perspectiva, a saúde é reconhecida como um direito fundamental garantido pelo Estado, constituindo-se em eixo estratégico para o desenvolvimento e a conquista do Bem-Viver.” (Equador, 2012, p. 8).

Em 2012, o Governo Constitucional de Rafael Correa nomeou Carina Vance como Ministra da Saúde, responsável pela reestruturação do Ministério da Saúde Pública e pela implementação da APS como estratégia fundamental para a mudança na assistência à saúde, com foco na prevenção e na desconcentração da administração por meio de nove coordenações zonais e distritos de saúde, priorizando a APS em relação ao atendimento hospitalar.

⁶ Sumak Kawsay: conceito mantido pelos povos indígenas que significa o belo, o belo, viver com dignidade em relação ao meio ambiente.

É nesse período que se cria a Direção Nacional de Primeiro Nível e, com ela, a construção dos centros de saúde de Tipo A, B e C, localizados antes do estudo demográfico e epidemiológico, e com carteiras de serviços de acordo com seus equipamentos e logística.

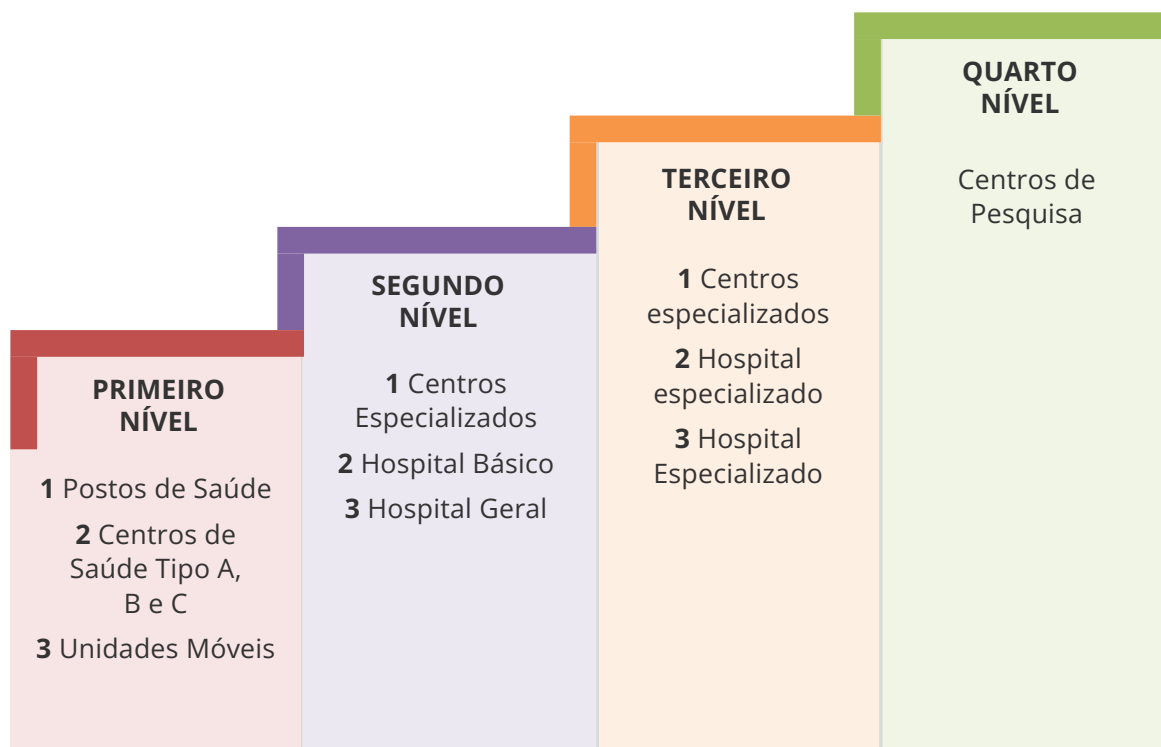
Agora, para a aplicação da APS, constroem-se os Modelos de Atenção Integral à Saúde, Família e Comunidade MAIS-FCI, doutrina a ser aplicada para a transformação da saúde, que permite e promove a participação da comunidade como um importante agente na redução das doenças prevalentes na população.

O Modelo de Atenção Integral à Saúde Familiar, Comunitária e Intercultural (MAIS-FCI) no Equador gera um Manual de Procedimentos com a finalidade de integrar os sistemas de saúde, a fim de atuar de forma coordenada na aplicação da APS.

As diretrizes do MAIS

FCI estabelecem a classificação em níveis de atenção de acordo com o portfólio de serviços e complexidade de cada nível.

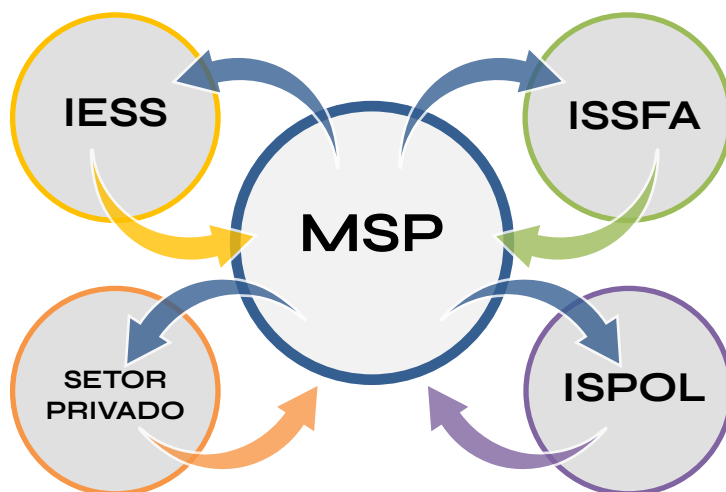
Figura 2 - Níveis de atenção SNS, Equador



Fonte: Equador (2012, p. 82)

Com a implantação do Modelo de Atenção Integral à Saúde MAIS-FCI⁷, propõe-se a articulação dos serviços do sistema nacional de saúde e a busca pela equidade no atendimento, conforme proposto pela Convenção de Astana e como referência em nossa Constituição.

Diagrama 1 - Articulação do Sistema Único de Saúde



Fonte: Elaborado pelo autor.

Em princípio, essa articulação permite equilibrar o atendimento sob a coordenação das carteiras⁸ de serviços públicos e privados, inclusive de ONGs, e a manter uma base de dados epidemiológicos mais próxima da realidade.

Nesse contexto, foi possível pensar na aplicação da APS Renovada, que é vista como a opção mais precisa para melhorar a saúde da comunidade e reduzir os índices de mortalidade materna, desnutrição infantil, doenças prevalentes na infância e doenças sexualmente transmissíveis.

Basicamente, o conceito de APS, com a premissa de prevenção de doenças e promoção da saúde, é atualmente a melhor possibilidade para qualificar a saúde pública e reduzir as taxas de mortalidade, controlar as doenças prevalentes e a aplicar o bem-viver, de acordo com o conceito de saúde emitido pela OMS.

⁷ MAIS-FCI O Modelo de Atenção Integral à Saúde é o conjunto de estratégias, normas, procedimentos, ferramentas e recursos que, ao se complementarem, servem para organizar o Sistema Único de Saúde para responder às necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade

⁸ Carteiras: Conjunto de técnicas, tecnologias ou procedimentos, entendidos como cada um dos métodos, atividades e recursos baseados no conhecimento científico e na experimentação, por meio dos quais os serviços de saúde são efetivados.

É no Primeiro Nível de Atenção que 80% dos problemas de saúde devem ser resolvidos, e não nas doenças, como por vezes se entende o conceito de APS. Sem dúvida, ao atingir esse objetivo proposto, os atendimentos no segundo e terceiro nível serão mais direcionados e específicos, o que otimiza o tempo, a qualidade do cuidado e a economia de recursos, uma vez que o paciente com neurite intercostal será atendido no Primeiro Nível de Atenção por um clínico geral ou médico da família e não será encaminhado para um terceiro nível de atenção em Cardiologia, o que implicaria em maiores custos e possibilitaria que um paciente realmente com uma doença cardíaca fosse tratado em tempo hábil prevenindo a saturação de demanda e agilizando o agendamento.

Entretanto, para a aplicação e implementação do Modelo de Atenção Primária à Saúde MAIS-FCI, é necessário trabalhar no território, ou seja, gerar trabalhos extramuros para aproximar os serviços de saúde da comunidade, e não o contrário.

FORMAÇÃO DE TALENTOS HUMANOS: **Técnicos em APS**

O Ministério da Saúde criou em 2005 a EBAS, Equipe Básica de Atenção à Saúde, com o objetivo de implementar a atenção primária à saúde como um projeto que busca proporcionar maior atenção à comunidade. A iniciativa foi aprovada pela Assembleia Nacional na época, mas sem financiamento.

Essas EBASs eram compostas por médicos, enfermeiros e dentistas que não conseguem se incluir nos problemas das comunidades, apesar de seus esforços. Uma das acusações é que estão cumprindo seu ano rural⁹ de serviço obrigatório, o que implica estabelecer cuidados obrigatórios com os moradores de sua comunidade designada, mas sem potencializar seus problemas de saúde.

Considera-se, portanto, que a formação técnica de atores sociais que residem na comunidade e que tenham senso de pertencimento a ela, é fundamental para a aplicação do MAIS, uma vez que em sua regulamentação indica:

⁹ O artigo 197º da Lei Orgânica da Saúde estabelece que, para serem autorizados a exercer profissionalmente e a registrar-se em conformidade, os profissionais de saúde devem exercer um ano de exercício em localidades rurais ou urbanas marginais, com remuneração, de acordo com o modelo de cuidados e de acordo com os regulamentos correspondentes nos locais designados pela autoridade nacional de saúde, ao final do qual será concedida a certificação que comprove o cumprimento da obrigação estabelecida pelo artigo supracitado (segundo Suplemento ao Registro Oficial nº 365, de 30 de outubro de 2014).

Os Técnicos de Atenção Primária à Saúde –TAPS – serão capacitados para apoiar e integrar a equipe de saúde integral com pessoas da comunidade, que desenvolverão atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças ou complicações e notificarão a equipe quando for determinado um risco potencial. (Equador, 2012, p. 125)

Portanto, os habitantes de populações, anteriormente estudantes, são selecionados com base em indicadores de pobreza, falta de acesso aos serviços de saúde, prevalência de doenças e grupos vulneráveis.

Para ser considerado um candidato você deve:

- Ser bacharel.
- Ser aprovado nos exames de acesso ao ensino superior instituídos pelo SENESCYT.
- Residir na comunidade em que realizará seu trabalho.
- Ser certificado por um registro assinado em uma sessão da comunidade.
- Assumir compromisso social.

Em 30 de janeiro e 8 de maio de 2013, o Conselho do Ensino Superior (CES) aprovou os projetos da carreira dos TAPSs apresentados por 17 Institutos Superiores Técnicos e Tecnológicos, através das resoluções; RPC-SO-04-No.033-2013 e RPC-SO-17-No.140-2013.

Em 1º de outubro de 2014, foi assinado um convênio tripartite entre o Ministério da Saúde Pública, a Secretaria Nacional de Educação, Ciência e Tecnologia, o SENESCYT e o Instituto de Fomento do Talento Humano (IFTH) para a formação de Técnicos da Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, considera-se formar duas coortes iniciais em todo o país, com bolsas de estudo e com a participação de 17 institutos técnicos superiores credenciados pelo SENESCYT através da modalidade dual de ensino, em que há 30% de treinamento teórico e 70% de treinamento prático a serem desenvolvidos nas unidades de atendimento do MSP e nos locais onde residem os prospectos técnicos.

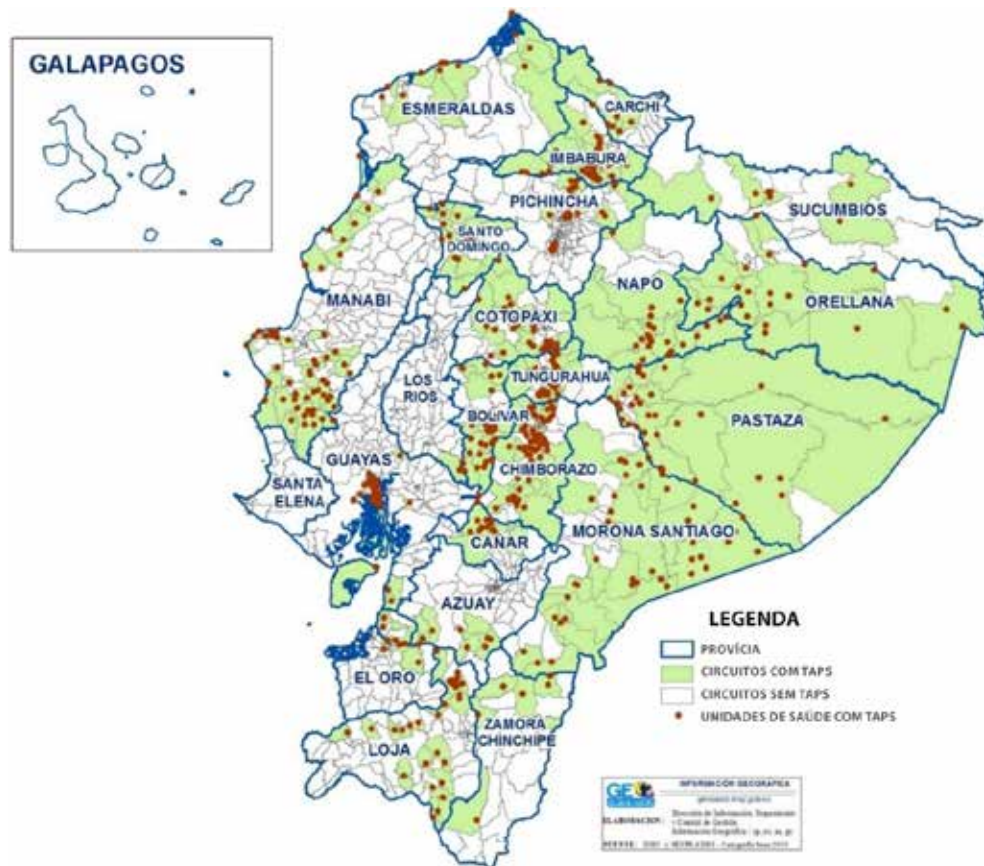
De acordo com um estudo prévio sobre quintis de pobreza e atenção dos serviços de saúde, é realizada a distribuição dos futuros técnicos de cuidados, pois sua valiosa contribuição é considerada desde o momento da formação, ou seja, a formação de duas coortes (promoções) resulta em:

Primeira coorte: 1518 Técnicos de Atenção Primária à Saúde;

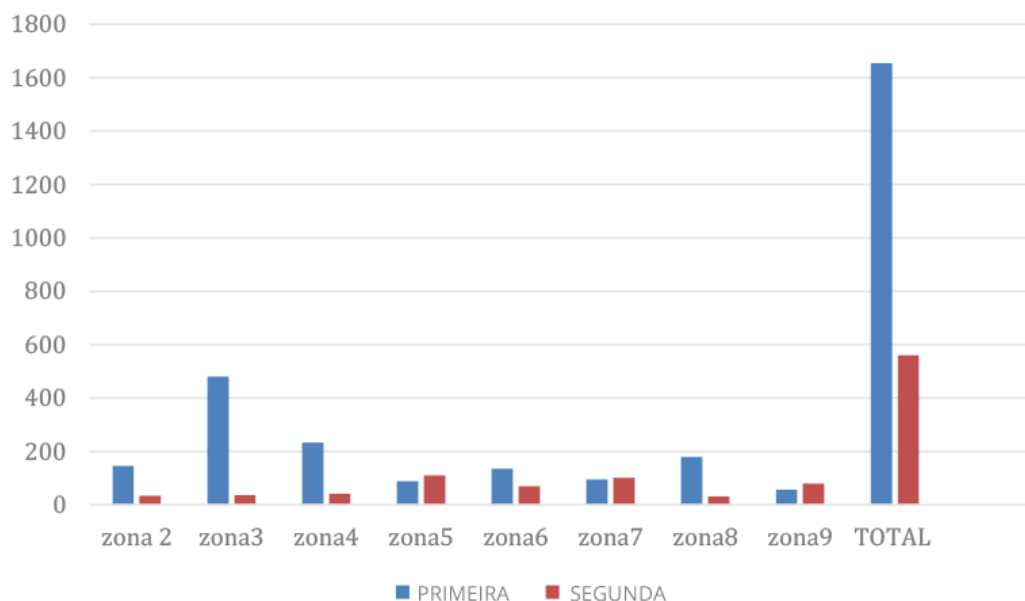
Segunda coorte: 534 Técnicos de Atenção Primária à Saúde.

Os TAPSS distribuem-se pelas nove zonas demográficas do país, tendo em conta a dispersão populacional, áreas de difícil acesso.

Mapa 1 - Cobertura dos Técnicos de Atenção Primária à Saúde por Circuito



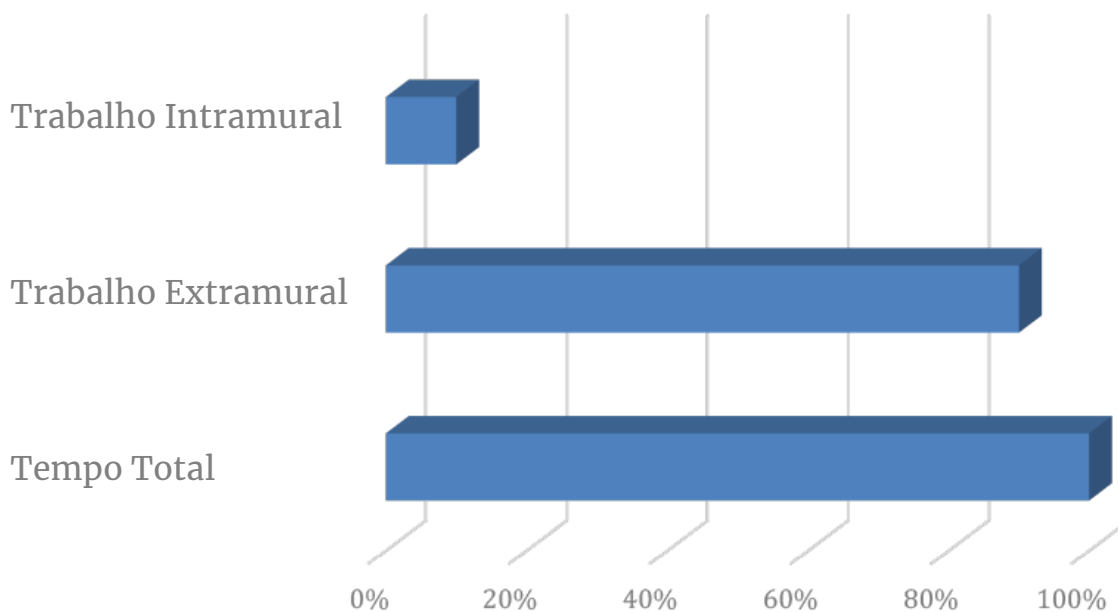
Quadro 1 - Distribuição dos TAPS por área geográfica



Fonte: elaborado pelo autor.

De acordo com o Manual MAIS, 90% de trabalhos extramuros e 10% de trabalhos intramuros são estabelecidos.

Figura 3 - Distribuição do tempo de trabalho dos TAPS



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 3 - Distribuição das atividades dos TAPS



Fonte: Elaborado pelo autor.

Para que os TAPSs cheguem a todas as comunidades que lhes são atribuídas, é necessário que cada povo ou etnia¹⁰ esteja representado neste processo de formação, como demonstrado a seguir. A Constituição estabelece que cada habitante pode se autoidentificar ao grupo étnico ao qual pertence.

No Censo Demográfico e Habitacional de 2022, a maioria da população se autoidentificou, segundo a cultura e os costumes, como mestiça (77,5%), seguida pelos que se consideravam montubios (7,7%), indígenas (7,7%), afro-equatorianos (4,8%) e brancos (2,2%).

¹⁰ Uma etnia refere-se a um grupo humano que compartilha uma cultura, história e costumes, e cujos membros estão unidos por uma consciência de identidade. Há 15 nacionalidades indígenas no Equador.

O princípio fundamental da equidade se manifesta na oportunidade oferecida pelo Ministério da Saúde de possibilitar a formação de todas as etnias e povos do país. Além disso, na segunda coorte, o gênero LGBTI também é incorporado ao treinamento. Dessa forma, as expectativas de direitos humanos em relação à oportunidade de estudo e treinamento são atendidas.

A diversidade cultural manifestada nos TAPS causa confusão, a princípio, nos Institutos Superiores Tecnológicos de formação designados, tornando necessário visitas permanentes para treinar o corpo docente da carreira e para consensuar acordos de progressão acadêmica com os alunos, uma vez que as suas idas aos Institutos de Formação por vezes dificultavam o seu regresso imediato às suas comunidades de origem, especialmente os da Região Amazônica que faziam viagens de 7 a 8 horas de canoa quando o fluxo dos rios permitia.

Ao mesmo tempo, 63 profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, psicólogos, foram capacitados para orientar e ensinar aos técnicos em formação no próprio território, além de terem que dirigir as atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde nas comunidades que lhes foram atribuídas.

Designação da População

O Modelo de Atenção Integral à Saúde estabelece que para as áreas urbanas os TAPSS devem fornecer cobertura e atendimento para 4 a 5 mil habitantes, e para áreas rurais de 1200 a 1500 habitantes, dependendo da distribuição geográfica. Essa população está diretamente relacionada à sua área de residência. Por conseguinte, o seu envolvimento com os cidadãos é oportuno e vinculativo.

A condição de residência é importante para a acessibilidade às informações e preparo dos arquivos familiares, uma vez que a diversidade cultural também se manifesta no estabelecimento de vínculos de valorização e convivência com o próximo, a fim de poder ampliar a comunicação e oferecer serviços de cuidado de primeiro nível. Nesse caso, os TAPS são o elo entre a comunidade e o Primeiro Nível de Cuidados do Ministério da Saúde Pública.

Implementação do Modelo

Os perfis de formação dos TAPSs permitem otimizar a implementação do Modelo de Atenção de Saúde MAIS (Equador, 2012), uma vez que o seu currículo contempla o desenvolvimento de núcleos estruturantes, são eles:

Processo Saúde-Doença; Organização dos Serviços; Promoção, Prevenção e Vigilância da Saúde; Planejamento do desenvolvimento local da saúde, com matérias correspondentes para alcançar o conhecimento dos Direitos e Participação Cidadã; Atenção aos Grupos Vulneráveis; Saúde Comunitária; Interculturalidade; Bioestatística etc., ou seja, desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para que o técnico possa intervir de forma real em sua comunidade e projetar uma mudança nos fatores determinantes de saúde e fatores de risco, conduzindo com equidade, respeito e proatividade nos diferentes programas de promoção da saúde.

Seu vínculo com a comunidade permite estabelecer processos de prevenção de doenças e é quem alerta sobre a gravidez na adolescência, a violência doméstica e o desenvolvimento infantil saudável.

As atividades voltadas para a visita domiciliar permitem a inclusão no cotidiano da comunidade, sendo participante ativo nos encontros pró-saúde, formação de clubes para pessoas com mais de 60 anos, adolescentes e gestantes, como membro da Equipe de Atenção Integral à Saúde¹¹ (EAIS), para desta maneira incentivar a participação e a conscientização da responsabilidade compartilhada entre os profissionais de saúde, GADS municipais e comunidade.

Um dos principais problemas de saúde pública é a morte materna. Cerca de 500 mil mortes maternas ocorrem anualmente e 99% delas ocorrem em países em desenvolvimento, como mostram pesquisas apresentadas em reuniões regionais sobre mortalidade materna patrocinadas pela Opas e OMS, segundo Wong, Wong e Husares (2011).

Os esforços feitos pelo governo não foram capazes de atingir as metas estabelecidas pelo Acordo de Astana em termos de desnutrição infantil, mas houve progresso na redução das mortes maternas por meio da implementação da estratégia de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal implementada pelo Ministério de Saúde Pública do Equador.

¹¹ Uma equipe composta por médicos, enfermeiros e TAPS, com uma atribuição territorial delimitada para a atenção integral à saúde da sua população responsável. Realiza também atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A taxa de mortalidade materna no Equador foi de 43,5 mortes por 100 mil nascidos vivos em 2021, de acordo com o INEC (Instituto Nacional de Estatística e Censos, 2022). A alta taxa de mortalidade é causada pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, seja pelas vias de trânsito ou pela falta de recursos econômicos, e a falta de exames pré-natais, o que aumenta as taxas de mortalidade.

Portanto, a capacitação dos técnicos é importante para reduzir esses fatores de risco, visto que, ao residirem em comunidades rurais com essas dificuldades, são capazes de fornecer informações oportunas ao seu EAIS, a fim de desenvolver um plano de parto junto à família e comunidade, o que, embora seja verdade que não é o fator determinante para a redução desses indicadores, em grande parte, prepara a equipe médica do Centro de Saúde mais próximo para acionar, se necessário, os sistemas de referência para níveis de atenção mais complexos, conforme o caso.

Durante a pandemia, segundo dados do INEC (Instituto Nacional de Estatística e Censos, 2022), houve um grande impacto na mortalidade materna. Este indicador atingiu o seu ponto mais alto desde 2012, o que implica um aumento de 20,6 pontos.

Muitos fatores, a meu ver, influenciaram esse aumento dramático, além do aspecto psicológico implicado pelo confinamento domiciliar obrigatório e necessário para reduzir o contágio da covid-19, as condições socioeconômicas inadequadas nas classes sociais de menor renda econômica, a falta de trabalho dos técnicos em visitas domiciliares e abordagem aos demais programas de promoção da saúde, uma vez que todo o talento humano está voltado para o cumprimento dos indicadores de vacinação para a população, demonstrando que a lacuna na formação de talentos humanos é cada vez maior e insuficiente para solucionar os diversos programas de Saúde Pública.

Todas as dificuldades que surgem no contexto da saúde, a dificuldade de acessibilidade e os enormes custos envolvidos no cuidado de doenças prevalentes e crônicas, devem voltar nosso olhar para a Atenção Primária à Saúde, como a alternativa mais qualificada para caminharmos para uma melhor proposta de bem-estar e bem viver.

Pelo que se tem aprendido até o momento, deve-se buscar uma melhor proposta nos processos de formação de técnicos em saúde, incentivando a formação de tecnólogos em APS, com perfis de saída mais amplos para

a intervenção comunitária, em busca da corresponsabilidade dos moradores na resolução de seus problemas de saúde, proporcionando-lhes conhecimentos que lhes permitam não só coletar dados e alertar para seus EAISs, mas também a participação ativa na elaboração da SAIS¹² e o fortalecimento de propostas de promoção da saúde, que não são cumpridas por médicos, enfermeiros, dentistas que cumprem seu ano de serviço rural.

Enquanto a Academia continuar formando profissionais de saúde com perfil eminentemente biológico, e a formação desde os primeiros anos na Atenção Básica não for considerada, e o Ministério da Saúde não jogar sua carta principal na formação de técnicos e tecnólogos em APS, a resolução de 80% das doenças propostas para o Primeiro Nível de Atenção será uma bela afirmação sem resultados de cumprimento dos compromissos assumidos nos diferentes manifestos de Alma-Ata e Astana.

¹² A Análise da Situação de Saúde são processos analítico-sintéticos que permitem caracterizar, medir e explicar o estado de saúde da população no território, permitindo identificar os desafios da saúde no âmbito dos determinantes sociais da saúde.

Referências

- EQUADOR. **Constitucion de la Republica del Ecuador 2008**. Decreto Legislativo 0. Registro Oficial, 449 de 20 oct. 2008. Quito, Equador, 2008. Disponível em: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf. Acesso em: 30 jan. 2024.
- EQUADOR. Ministerio de Salud Pública. **Cartera de Servicios Hospitalarios**. Quito, Equador: Ministério da Saúde Pública do Equador. Disponível em: <https://www.salud.gob.ec/datos-de-hospitales/>. Acesso em: 30 Jan. 2024.
- EQUADOR. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. **Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS)**. Quito, Equador: Ministério da Saúde Pública do Equador, 2012. 209p. graf, tab. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988619>. Acesso em: 30 jan. 2024.
- EQUADOR. Asamblea Nacional del Ecuador. **Ley Organica de Salud. Ley 67 Registro Oficial Suplemento 423 de 22 dic. 2006**. Disponível em: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG-C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2024.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E CENSOS (INEC). **Cadastro Estatístico de Óbitos Gerais de 2021**. CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, Alma-Ata, URSS, 6-12 sept.1978. **Declaracion de Alma-Ata**: Pan American Health Organization (PAHO), 1978. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2024.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Astana**. Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde. Astana, Cazaquistão: OMS, 2018.
- MORAN, Susana. La mortalidad materna se disparó 20 puntos en Ecuador durante la pandemia. **Plan V**. Hacemos periodicismo, 8 jun. 2021. Disponível em: <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/la-mortalidad-materna-se-disparo-20-puntos-ecuador-durante-la-pandemia>. Acesso em: 31 jan. 2024.
- TORRES LAGUNAS, María de los Angeles. La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la Cobertura Universal. **Enfermería Universitaria**, v. 15, n. 4, p. 329-331, 2018. Disponível em: [//dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.547](https://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.547).
- WONG, Luís; WONG, Esmeralda; HUSARES, Yanet. Mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash. **Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia**, v. 57, n. 4, p. 237-241, 2011.

Os invisibilizados e sua sombra Estudo de caso: os “técnicos idôneos” em Medicina Nuclear na Argentina (2018-2024)

Carlos Gerardo Einisman

Programa de Estudios Posdoctorales, Universidad Nacional de
Tres de Febrero (PEP-UNTREF), Argentina.

Marcela Alejandra Pronko

Escola Politécnica da Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz.
(EPSJV-Fiocruz), Brasil.

Introdução

Em um trabalho anterior, sob o título “A silhueta do invisível” (Einisman, 2009) propusemos uma primeira caracterização da invisibilização dos profissionais técnicos de saúde na Argentina. Essa caracterização e título, inicialmente destinado a especificar a situação de um grupo de trabalhadores em um determinado país, foi posteriormente transferido para o livro que o continha, quando se constatou que ele permitia a definição de uma situação comum a diferentes países latino-americanos (Documento de Manguinhos..., 2009). Por meio de metáforas e paradoxos, esse título procurou colocar em palavras um fenômeno ainda prevalente, indicando os efeitos sobre esse grupo que aos poucos começa a ser dimensionado em nossa região. Portanto, e tendo em vista que os processos de invisibilização operam mais por omissão do que por ação – o que dificulta sua caracterização –, apresentamos neste capítulo um estudo de caso sobre a situação dos trabalhadores empíricos que ocupam cargos técnicos em Medicina Nuclear na Argentina, oficialmente denominados

“técnicos idôneos” em Medicina Nuclear¹. Nossa intenção é mostrar um caso particular que nos ajude a compreender uma realidade tão ampla, complexa e multidimensional, como a do trabalho técnico em saúde em nossa região. Para tanto, partimos de uma compreensão ampliada do trabalho técnico em saúde e de seus trabalhadores:

Entende-se por trabalho técnico em saúde aquele realizado por todos os trabalhadores que exercem atividades técnico-científicas no setor saúde, desde as atividades de agentes comunitários de saúde até as de tecnólogos de nível superior. Portanto, não se restringe a noção de técnico em saúde à sua escolaridade, como usualmente se associa. (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2022, p. 1).

Mas essa amplitude na caracterização não significa imprecisão em suas definições. Ao contrário, obriga-nos a redobrar a atenção à diversidade de tarefas de trabalho e perfis de formação que o trabalho técnico em saúde abrange, não só na Argentina, mas em toda a América Latina. Do mesmo modo, em um estudo anterior, verificou-se que os trabalhadores técnicos de saúde constituem um grupo grande e heterogêneo de trabalhadores responsáveis, em grande parte, pelo funcionamento dos sistemas de saúde, constituindo numericamente a principal força de trabalho do setor (Pronko, 2019). Há mais de uma década, o “Documento de Manguiños sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos de Saúde no Mercosul” (2009), identificou que “percebe-se o desconhecimento sobre quem são esses trabalhadores, o que fazem e onde estão, afirmando a invisibilidade da categoria” (p. 260).

No presente caso, segundo esse entendimento mais amplo, propomos analisar a situação de um determinado grupo de trabalhadores com base em uma situação específica: entre 2018 e 2024, o Estado argentino, representado pela Autoridade Reguladora Nuclear (ARN), possibilitou, por meio da Resolução 432/2018 (Argentina, 2018a), a concessão de Autorizações Individuais como “técnico idôneo” em Medicina Nuclear a trabalhadores formalmente não qualificados para o manuseio de materiais radioativos e sua aplicação em seres humanos. Tal situação teve o agravante de que estes já teriam sido contratados anteriormente – e de forma irregular por não possuírem a formação, qualificação e correspondente Permissão Individual – pelas mesmas instituições públicas e privadas de

¹ As aspas em “Técnicos idôneos” estão na versão oficial da norma que criou essa figura. Terminada a leitura, convidamos o leitor a refletir sobre sua possível interpretação.

todo o país que forneceria seus avais sobre a suposta idoneidade dos candidatos, violando desde o regulamento da própria ARN até a Constituição Nacional². Na prática, a Resolução 432/2018 (Argentina, 2018a) legitimou uma situação de fato que já representava um risco para os próprios trabalhadores e para a população, uma vez que a formação exigida não atende à formação mínima necessária e suficiente determinada pela legislação vigente.

Para além das reações específicas que esse evento suscitou na época, queremos focalizar o que podemos aprender com esse caso – que pode ser caracterizado como paradigmático – desde uma perspectiva que nos permita reconhecer os processos históricos e as ações concretas de invisibilização do trabalho técnico em saúde e suas consequências. Para tanto, começaremos caracterizando o campo disciplinar e identificando seus atores sociais e instituições; os processos de trabalho e as regulamentações a eles associados, passando-se a problematizá-los.

Caracterização da Medicina Nuclear

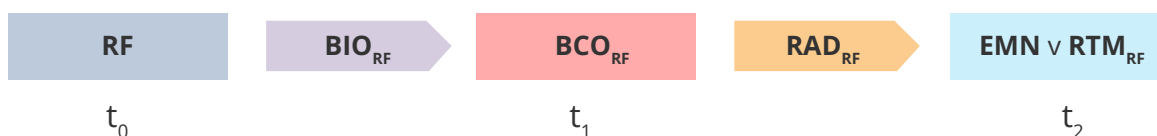
A Medicina Nuclear (MN) é uma tecnologia diagnóstica e terapêutica em saúde humana e animal que utiliza determinadas substâncias radioativas denominadas ‘radiofármacos’, na forma de fontes ‘abertas’ ou ‘não seladas’ que permitem sua manipulação. Em aplicações diagnósticas, é utilizada para obter informações (na forma de dados e/ou imagens) que são interpretadas e correlacionadas com a fisiopatologia. Em aplicações terapêuticas, é usado para entregar doses de radiação a tecidos específicos (radioterapia metabólica). Em ambos os casos, isso é feito graças à afinidade físico-química entre o tecido a ser atingido e o fármaco específico associado a uma substância radioativa, o que permite sua detecção externa e/ou irradiação localizada do tecido (Einisman, 2021).

De acordo com Bunge (2004, p. 563), caracterizamos a MN como uma teoria tecnológica substantiva, pois: “teorias tecnológicas substantivas são essencialmente aplicações de teorias científicas a situações aproximadamente reais”, uma vez que nela são aplicados conhecimentos

² O artigo 16 afirma: “A Nação Argentina não admite prerrogativas de sangue ou nascimento: não há privilégios pessoais ou títulos de nobreza. Todos os seus habitantes são iguais perante a lei, **e admissíveis ao emprego sem qualquer outra condição que não a idoneidade**. A igualdade é a base da tributação e dos encargos públicos.” (Argentina, 1994, grifo nosso, tradução da edição). Uma das questões que abordaremos é como a adequação é determinada nas profissões de saúde.

científicos da fisiologia, fisiopatologia, física e química. Esta teoria teve sua primeira aplicação bem-sucedida em 1941 (Hertz; Roberts, 1946) e a partir de meados da década de 1960 configurou-se como especialidade médica em diferentes países, em alguns casos da Endocrinologia (Argentina) e em outros da Radiologia (Itália) (Einisman, 2021). A Figura 1 mostra a estrutura teórica da MN usando um diagrama ordenado no tempo.

Figura 1: Diagrama estrutural do MN



Fonte: Einisman, 2021.

Onde:

RF é o radiofármaco.

BIORF é a biodistribuição específica de RF.

BCORF é o grupo de tecido alvo, específico para BIORF.

RADRF é a função de radiação emitida pelo RF no tecido BCORF.

EMN é o equipamento MN que quantifica e/ou localiza a RADRF.

v é o símbolo da disjunção lógica (“ou”).

RTM é a função da radioterapia metabólica, específica do RF.

t é o tempo que inclui os instantes de tempo t₀, t₁... Estes incluem o início da BIO e a detecção de RAD por EMN.

O grupo Equipamento de MN é composto por dispositivos capazes de quantificar e localizar diferentes concentrações de radiofármacos no organismo, fornecendo informações funcionais e/ou metabólicas. Este grupo inclui diferentes equipamentos de detecção de radiação, tais como: Sondas de captação; gama-câmaras; SPECT³ ou PET⁴. Esses dois últimos dispositivos também podem ser combinados com equipamentos de Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Magnética (RM), em diversas configurações que otimizam as informações diagnósticas, tais como: PET/CT; SPECT/RM etc. Os radiofármacos necessários para os estudos de gama-câmara e SPECT são obtidos por colunas geradoras de ⁹⁹Mo-^{99m}Tc disponíveis em cada Centro de MN, enquanto os radiofármacos usados no PET são obtidos por ciclotrons e processos radiofarmacêuticos complexos em equipamentos específicos, que, por motivos logísticos, geralmente estão localizados próximos ou nos Centros de MN.

³ Sigla para Single Photon Emission Tomography, (Tomografia por Emissão de Fóton Único).

⁴ Sigla para Tomografia por Emissão de Pósitrons.

Desenvolvimento

Comunidade Científica e Tecnológica de Medicina Nuclear Argentina

A comunidade MN na Argentina é multidisciplinar desde sua criação e é composta por perfis profissionais diferenciados que participam em diferentes momentos dos processos de pesquisa, assistência ou desenvolvimento tecnológico. O que eles têm em comum é o uso de fontes abertas de radiação em alguma parte do processo de produção, razão pela qual exigem uma Permissão Individual (PI) emitida pela ARN e realizam suas tarefas em pelo menos um dos 289 Centros de MN equipados com cerca de 235 instalações que possuem uma ou mais gama-câmara/SPECT e 54 instalações com PET, abastecidos por 5 ciclotrons⁵ (Argentina, 2024). Por se tratar de uma atividade altamente regulamentada e controlada por uma única autoridade nacional, a quantidade e distribuição de PIs será nosso critério de inclusão para análise e, no caso de perfis profissionais mais amplos (como Bioquímica, Cardiologia, Farmácia ou Produção de Bioimagem), serão abordados apenas temas relacionados à atividade em MN⁶. Na Argentina, esse grupo é formado – em ordem alfabética – por:

- Bioquímicos (Diagnóstico In Vitro)
- Especialistas em Física da MN
- Bacharel em Diagnóstico por Imagem, orientação em MN (LDIMN, por suas siglas em espanhol)
- Médicos Especialistas em Cardiologia Nuclear
- Médicos Especialistas em MN
- Radioquímicos
- Radiofármacos
- Técnicos Superiores em MN (Técnicos em MN (TSMN/TMN))
- “Técnicos Idôneos” em MN

⁵ Para o dimensionamento do setor, foram consideradas as atuais Licenças de Operação para “Uso de fontes radioativas não seladas para diagnóstico em seres humanos”, por serem de aplicação geral, e “Utilização de fontes radioativas não seladas em instalações PET, para diagnóstico em seres humanos”, respectivamente (Argentina, 2024).

⁶ Neste artigo, vamos nos concentrar exclusivamente na comunidade técnica em MN. Uma descrição mais detalhada dos diferentes grupos, suas instituições e publicações especializadas, pode ser encontrada em Einisman (2021).

Todos os perfis citados na página anterior requerem a PI emitida pela ARN e formação específica para cada finalidade, que estão descritas no Quadro 1:

Quadro 1: Lista de Permissões Individuais para MN, de acordo com suas finalidades.

Propósito	Treinamento necessário
Utilização de fontes radioativas não seladas em estudos diagnósticos	Universidade (Medicina)
Utilização de fontes radioativas não seladas em instalações PET para diagnóstico em humanos	
Uso de fontes radioativas não seladas para o tratamento do hipertireoidismo	
Uso de fontes radioativas não seladas para o tratamento do hipertireoidismo e carcinoma de tireoide	
Uso de fontes radioativas não seladas em instituições de medicina nuclear, soluções, moléculas marcadas e colóides em terapia	
Uso de fontes radioativas não seladas em instituições de medicina nuclear, microesferas em terapia	Universidade (Química/Farmácia)
Radiofarmácia ⁷	
Uso de traçadores radioativos <i>in vitro</i> relacionados ao diagnóstico em humanos. ⁸	Universidade (Bioquímica)
Especialista em Física de Instalações de Medicina Nuclear	Universidade (Bioengenharia/ Física Médica)
Técnico Superior em Medicina Nuclear/ Técnico em Medicina Nuclear	Universidade (LDIMN) ou Terciário (TSMN)
“Técnico Idôneo” em Medicina Nuclear	Ensino médio

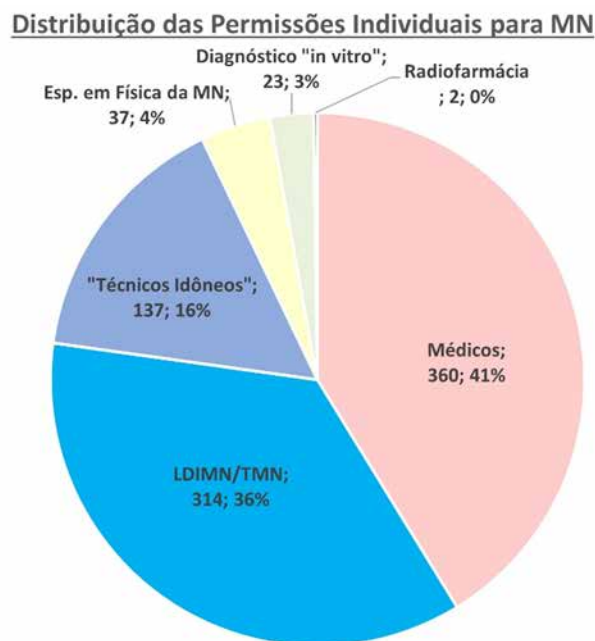
Fonte: Elaboração dos autores com base em dados da Autoridad Regulatoria Nuclear (Argentina, 2024).

⁷ As Permissões Individuais para Radiofarmácia são orientadas para I+D+I. As tarefas de radiofarmácia nos Centros de MN são, em sua maioria, realizadas pela equipe técnica.

⁸ Normalmente, as tarefas de diagnóstico *in vitro* não são realizadas nos Centros de MN, mas em laboratórios cadastrados para esse fim.

Até a data deste estudo (maio de 2024), 873 profissionais autorizados pela ARN trabalham em tarefas relacionadas à MN na Argentina, que estão distribuídas – de acordo com a finalidade – conforme ilustrado na Figura 2:

Figura 2: Distribuição das Permissões Individuais para MN, 2024



Fonte: Elaboração dos autores com dados da Autoridad Regulatoria Nuclear (Argentina, 2024)

Ao longo de sua breve história, os membros da comunidade científica de MN argentino estabeleceram diferentes instituições. Apresentamo-nas resumidas no Quadro 2⁹, em ordem cronológica desde a sua criação:

⁹ Uma descrição mais detalhada de sua história pode ser encontrada em Einisman (2021).

Quadro 2: Instituições da Comunidade NM argentina.

Ano de criação	Nome Atual	Grupos	Publicações
1963	Associação Argentina de Biologia e Medicina Nuclear (AABymN)	Médicos especialistas em MN, bioquímicos, radiofarmacêuticos e técnicos ¹⁰	Revista da AABymN
1985	Conselho de Cardiologia Nuclear. Sociedade Argentina de Cardiologia (SAC)	Médicos com subespecialidade em Cardiologia Nuclear	Revista Argentina de Cardiologia (RAC)
1994	Associação Argentina de Cardiologia Nuclear (AACN)	Médicos especializados em cardiologia nuclear ou MN	-
1995	Sociedade Argentina de Física Médica (SAFIM)	Físicos, Físicos Médicos e Bioengenheiros	-
2006	Associação Argentina de Técnicos em Medicina Nuclear (AATMN)	Graduados e Técnicos em MN	-

Fonte: Elaboração dos autores.

A participação em sociedades científicas e profissionais, além de ser um espaço de troca de conhecimentos, representa um espaço de reconhecimento simbólico entre os membros de uma comunidade. Os fatores sociais e as tensões internas dessas comunidades fazem parte das condições em que a atividade científica e tecnológica acontece, permeando e moldando sua própria história. Assim, ao estudarmos os documentos produzidos pelas instituições ao longo de sua história, encontramos conceitos e ideias que podem parecer aceitáveis em determinado momento histórico e deixar de sê-lo em outro contexto. Por isso, é importante, ao abordar um tema como o que estamos tratando, caracterizar tanto os processos históricos quanto as ações presentes. Desta forma, revendo o Estatuto da AABymN – a primeira instituição profissional desta comunidade – verificamos que já estabelecia para os técnicos a ausência do direito de voto e, portanto, a impossibilidade de eleger e ser eleito para cargos de gestão, para além da supervisão da Comissão de Técnicos por um membro titular, normalmente um médico:

¹⁰ Entre 1996 e 2006 houve um “Capítulo Técnico” que realizou atividades em conferências e congressos da AABymN.

Artigo 14 – Os membros técnicos têm o direito de participar de reuniões científicas, receber as publicações feitas pela Associação, participar sem voto nas Assembleias, participar do desenvolvimento e organização de tarefas e reuniões científicas sobre temas inerentes à sua condição de Técnicos. Para o efeito, será criada anualmente uma comissão composta por 5 técnicos titulares, dos quais 1 ficará encarregado de coordenar e executar as atividades acima referidas. Esse comitê será supervisionado por um membro titular indicado pelo Conselho de Administração. Como obrigação, devem pagar, até 31 de julho de cada ano, a contribuição social fixada pelo Conselho de Administração. (Asociación Argentina de Biología y Medicina Nuclear, 2003 apud Einisman, 2005, tradução da edição).

Na versão atual do Estatuto, algumas limitações são mantidas em relação aos cargos corporativos, embora a figura da tutela tenha desaparecido:

Artigo 14: Dos membros técnicos:

- a. Participar de reuniões científicas.
- b. Receber as publicações feitas pela Associação.
- c. Participar sem voto nas Assembleias Gerais.
- d. Participar do desenvolvimento e organização de tarefas científicas e reuniões sobre temas inerentes à sua condição de técnicos. (Asociación Argentina de Biología y Medicina Nuclear, 2024, tradução da edição)

Chama a atenção que o texto não destaca o status de outros membros da comunidade científica e tecnológica, como médicos, bioquímicos ou físicos, mas apenas menciona especificamente o status de técnicos. Entre outros motivos, foi essa situação – discriminação em seus direitos corporativos – que levou à constituição da AATMN em 2006, como aconteceu em outros países ao longo da história dessa disciplina. A invisibilidade da contribuição técnica também é evidente nas publicações científicas, pois, embora seja muito improvável que durante um trabalho de pesquisa na área de MN não haja a participação de profissionais técnicos, eles não costumam ser incluídos entre os autores¹¹, o que não é apenas o caso dos

¹¹ Em uma perspectiva histórica e fora do período estudado neste caso, na revisão de 706 obras do CNEA, a exceção a essa regra é uma publicação de 1967 onde a autoria é indicada da seguinte forma: “E. Rochna Viola, Arturo M. Musso e Silvio Kremenichuzky. Com a assistência técnica de Beatriz F. de Jost”. A Sra. Beatriz Fragueiro de Jost foi auxiliar de laboratório que trabalhou no CNEA durante a década de 1960 e participou das tarefas de extração e processamento de amostras de sangue para esse estudo (Argentina, 1966).

TMNs, mas também entre os técnicos de saúde em geral (Barcat, 2016). A ‘condição de técnicos’ parece ocultar outra questão de natureza socio-lógica (Shapin, 1991) e de política institucional que merece ser estudada com mais profundidade.

Breve visão geral dos técnicos da MN na Argentina

Em entrevista jornalística a um dos iniciadores da MN local, o Dr. Osvaldo Degrossi (1928–2017) relembra quem possivelmente foi o primeiro TMN na Argentina: o Sr. Alberto Merodio, com quem trabalhou no Hospital Rawson (Cidade de Buenos Aires) e compartilhou o primeiro Curso de Metodologia de Radioisótopos ministrado em 1958 pela Comissão Nacional de Energia Atômica (CNEA) (Degrossi, 2007). O Hospital Rawson fechou em 1979 e infelizmente não foi possível encontrar mais informações sobre este profissional pioneiro. O mesmo acontece com a senhora Doris Darby, possivelmente a primeira TMN do mundo, que trabalhou com o médico Saul Hertz (1905–1950) em algum momento entre 1946 e 1950 em Boston, EUA, e da qual só se sabe o nome e duas fotografias. O primeiro curso de formação específico para TMN na Argentina foi estabelecido em 1971 no Centro Atômico de Ezeiza e no Centro de Medicina Nuclear do Hospital de Clínicas, ambos dependentes do CNEA.

Entre os antecedentes históricos desse coletivo, podemos destacar que em 1986 um grupo de TMN se reuniu em Buenos Aires com a intenção de formar uma associação que os representasse. Eles não conseguiram obter status legal e operaram por alguns meses, até sua dissolução. Em 2001, liderados pelo então TMN Roberto Galli (n. 1961), alguns desses profissionais voltaram a se reunir para trabalhar de forma independente com o objetivo de elaborar um documento que – pela primeira vez – definisse claramente o perfil profissional do técnico em medicina nuclear (TMN), produzindo o “Estándar de Competencia Laboral para el Nivel Inicial del Técnico en Medicina Nuclear de la República Argentina” (Grupo Coordinador y Grupo de Expertos, 2001)¹². Foi o primeiro trabalho realizado inteiramente por TMN com o objetivo de promover seu próprio desenvolvimento profissional, já que, em 50 anos de desenvolvimento

¹² Na tradução para o português: “Padrão de Competência Trabalhista para o Nível Inicial do TMN da República Argentina”.

da MN no país, houve apenas cursos de formação inicial e atividades de atualização. Em 2003, e com aquele “Estándar de Competencia Laboral”, como base, alguns desses TMN fizeram parte da Comissão Consultiva composta por instituições envolvidas na formação e prática profissional dos TMN, que, juntamente com a Comissão Interministerial (Convênio 296/02) formada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, Ciência e Tecnologia, participou da elaboração do documento intitulado “Técnico Superior en Medicina Nuclear” que define o perfil profissional, as bases para a organização curricular e as atribuições reservadas do Técnico Superior en Medicina Nuclear (TSMN) (Argentina, 2003b). Esse documento afirma:

Nos processos de trabalho em Medicina Nuclear são necessários profissionais com nível de qualificação caracterizados pelo domínio de conhecimentos teóricos especializados e saberes operacionais que se mobilizam em ocupações predominantemente determinadas na produção de serviços, particularmente na área da saúde, e que lhes permitem desempenhar com competência as mais diversas atividades. Estes geralmente envolvem a identificação e o desenvolvimento de procedimentos adequados para a solução de problemas complexos, com graus relevantes de incerteza. Esses múltiplos processos exigem profissionais com conhecimento teórico especializado e sólido conhecimento operacional. Um alto nível de qualificação justifica o amplo espectro de conteúdo necessário para uma gestão eficiente, eficaz e de qualidade por parte dos técnicos.

Aqueles que obtiverem esta certificação devem conhecer e respeitar as normas vigentes desenvolvidas pela Autoridade Reguladora Nuclear, ser capazes de assumir a responsabilidade pelos resultados do seu próprio trabalho e pela gestão da sua própria aprendizagem e, quando necessário, assumir papéis de liderança e responsabilidade pela melhoria da organização e pelos resultados do trabalho de outros.

O Técnico Superior en Medicina Nuclear é um profissional de saúde que, a partir de uma formação voltada para o processo tecnológico que envolve o uso de compostos radioativos, deve também desenvolver competências em termos de promoção da saúde. Comprometido socialmente com a atividade que desenvolve, participa da gestão e da assistência à saúde, executando procedimentos técnicos específi-

cos no campo da Medicina Nuclear (Argentina, 2003b, p. 4, tradução da edição)¹³.

O documento basicamente determina, por um lado, qual é a tarefa específica desses profissionais: seu perfil profissional; competência geral; as áreas de competência e o desenvolvimento de perfil ocupacional e profissional. Em seguida, estabelece os conhecimentos necessários para a plena realização dessas tarefas, para as quais estipula as Bases Curriculares, com seus conteúdos básicos e, por fim, as atividades reservadas ao título de TSMN.

A Comissão Interministerial era composta por representantes dos Ministérios Nacionais da Saúde e da Educação, Ciência e Tecnologia da Argentina e contava com uma composição ampla e diversificada, representativa de grande parte das instituições estatais e da comunidade da MN. Representantes de grupos profissionais e entidades formadoras de TMN participaram de seu Comitê Consultivo (Quadro 3).

¹³ Texto original: En los procesos de trabajo en Medicina Nuclear son necesarios profesionales con un nivel de calificación, caracterizado por el dominio de conocimientos teóricos especializados y de saberes operativos que se movilizan en ocupaciones predominantemente determinadas en la producción de servicios, particularmente en el área de la salud, y que le permiten desempeñarse de modo competente en un rango amplio de actividades. Éstas suelen involucrar la identificación y desarrollo de procedimientos apropiados para la resolución de problemas complejos, con grados relevantes de incertidumbre. Estos múltiples procesos requieren de profesionales con conocimientos teóricos especializados y sólidos saberes operativos. Un alto nivel de calificación justifica el amplio espectro de contenidos necesarios para una gestión eficiente, efectiva y de calidad por parte de los técnicos.

Quienes obtienen esta certificación deben conocer y respetar la normativa vigente elaborada por la Autoridad Regulatoria Nuclear, ser capaces de asumir la responsabilidad sobre los resultados del propio trabajo y sobre la gestión del propio aprendizaje y, cuando resulte necesario, asumir roles de liderazgo y responsabilidad sobre el mejoramiento de la organización y de los resultados del trabajo de otros.

El Técnico Superior en Medicina Nuclear es un profesional de la salud que, desde una formación centrada en el proceso tecnológico que involucra el uso de compuestos radiactivos, debe además desarrollar competencias en lo referido a la promoción de la salud. Comprometido socialmente con la actividad que realiza, participa en la gestión y en la atención de la salud, ejecutando procedimientos técnicos específicos en el campo de la Medicina Nuclear. (Argentina, 2003a, p. 4).

Quadro 3 - Instituições que contribuíram para o documento de base de TSMN (2003)

COMISSÃO INTERMINISTERIAL (CONVENÇÃO 296/02)		
Ministério da Saúde	Ministério da Educação, Ciência e Tecnologia	
Direção Nacional de Políticas de Recursos Humanos em Saúde	Instituto Nacional de Educação Tecnológica	Direção Nacional de Gestão Curricular e Formação de Professores
COMITÊ CONSULTIVO		
ARN	CNEA	AAByMN
Capítulo Técnico da AAByMN	Faculdade de Farmácia e Bioquímica (UBA)	Hospital Geral de Agudos Juan A. Fernandez

Fonte: Elaboração dos autores

O documento da Comissão Interministerial (Argentina, 2003b) deu validade nacional ao título de TSMN ao ser reconhecido pelo Conselho Federal de Saúde e pelo Conselho Federal de Educação em 2007 na Resolución CFE N°34/07 (Consejo Federal de Educación, 2007). Da mesma forma, o conteúdo estabelecido no Documento Base foi reconhecido pela ARN como o mínimo necessário para a aplicação da Permissão Individual para TMN. A formação de TMN – que começou na Argentina em 1971 como curso superior de um ano no CNEA – foi transformada com o desenvolvimento do Ensino Superior em cursos universitários de três anos ministrados em duas Universidades Nacionais: Universidade Nacional de San Martín (UNSAM) (Argentina, 2016); y Universidade de Buenos Aires (UBA) (Argentina, 2015b). Este curso também é ministrado em nível terciário no Hospital “Juan A. Fernández” (Argentina 2015a), na cidade Autônoma de Buenos Aires. Até o momento, este grupo composto por 18 LDIMN (UNSAM) e 296 TSMN/TMN, possui um total de 314 Permissões Individuais da ARN.

Em 21 de outubro de 2006, um grupo de 28 Técnicos em Medicina Nuclear se reuniu no Centro de Medicina Nuclear do Hospital de Clínicas “José de San Martín” para constituir a Associação Argentina de Técnicos em Medicina Nuclear (AATMN), elegendo como presidente um dos coautores deste trabalho, então TMN (CGE). Os objetivos estatutários incluem o desenvolvimento científico e tecnológico da profissão, bem como a defesa dos interesses de seus membros. Alguns desses membros fundadores já

havia participado do “Capítulo Técnico” da AABymN (1996–2006) e da preparação do Documento Base da TSMN (Argentina, 2003b).

Bacharelado em Diagnóstico por Imagem, orientação em Medicina Nuclear

No âmbito da atividade técnica em MN, os bacharelados em Diagnóstico por Imagem, orientação em MN (Licenciados en Diagnostico por Imágenes, orientación Medicina Nuclear) constituem o grupo de profissionais de graduação mais recentemente integrados a esta comunidade científica, uma vez que a carreira foi criada em 2004 no âmbito da Escola de Ciência e Tecnologia da Universidad Nacional de San Martín (ECyT-UNSAM) (Escuela de Ciencia y Tecnologia, 2012) como Ciclo de Complementação Curricular para Técnicos Universitários em Diagnóstico por Imagem¹⁴ (TDI). Em 2008 teve sua primeira graduação, totalizando 18 formandos até 2024. Devido à sua orientação, este bacharelado é a graduação específica para a gestão de processos e tecnologias em MN.¹⁵ No entanto, do ponto de vista regulatório, esses profissionais têm acesso à Permissão Individual para TMN.¹⁶ Isto significa que, embora a obtenção de um diploma universitário os qualifique para o exercício profissional, na prática, a PI emitida pela ARN para os LDIMN é o mesmo que para graduados como TMN e TSMN (nível superior) e mesmo os do chamado “Técnico Idôneo” em MN (nível secundário). Também não existe atualmente uma oferta universitária específica de pós-graduação para LDIMNs, como há em outros países¹⁷. Isso expressa uma tensão fundamental entre os campos Educação-Regulação-Trabalho que aprofundaremos mais adiante.

¹⁴ Durante os primeiros anos, os graduados em TMN do CNEA foram admitidos no LDIMN, cumprindo a aprovação de quatro disciplinas do ciclo TDI, mas poucos alunos concluíram esse processo e apenas dois se formaram até hoje.

¹⁵ Existem outros bacharelados em Diagnóstico por Imagem como formação de graduação para Técnicos em Radiologia ou Diagnóstico por Imagem, mas seus currículos não atendem aos requisitos do Documento Base TSMN (Argentina, 2003b) ou Resolução ARN 75/2004 (Argentina, 2004) para obtenção da permissão individual da ARN.

¹⁶ As permissões individuais são emitidas segundo cada propósito de uso e não com base na qualificação do requerente. Enquanto a LDIMN é a instância de grau do TMN/TDI, o objetivo da permissão é o mesmo do ponto de vista regulatório.

¹⁷ Até o momento, apenas dois LDIMN com título de Especialista e um deles com doutorado estão registrados. É um sinal de que ainda há muito a fazer a este respeito na nossa região.

Problemas do processo de trabalho em MN

Como em tantos outros casos no campo da Saúde, na MN há atividades profissionais compartilhadas por diferentes perfis. O Quadro 4 ilustra uma distribuição comum dos processos de trabalho:

Quadro 4 - Processos de trabalho em Mn segundo perfis profissionais

Perfil profissional	Preparo de radiofármacos	Produção de Dados e Diagnóstico por Imagem	Produção de Diagnósticos Médicos	Calibração de Equipamentos	Radioproteção
Técnico	XX	XX	-	XX	XX
Médico	-	X	XX	-	XX
Físico	-	X	-	XX	XX

"XX" Atividade Primária

"X" Atividade Ocasional

Fonte: Elaboração dos autores.

Como já indicado, até o momento existem 235 instalações com gama-câmara/SPECT/PET e 54 instalações PET na Argentina, o que totaliza 289 instalações de MN. Quando contamos os profissionais qualificados, encontramos: 360 médicos, que incluem especialistas em MN e Cardiologia Nuclear; 314 LDIMN/TMN e 23 Físicos em MN.¹⁸ Se relacionarmos o número de estabelecimentos com o número de profissionais qualificados, obtém-se que há **1,25 médicos** e **1,09 LDIMN-TMN** para cada serviço. Essa relação mostra uma *enorme divergência entre o que é regulamentado e a realidade dos cargos técnicos em MN, uma vez que as tarefas assistenciais de produção de resultados diagnósticos realizadas por esses profissionais demandam mais pessoal e horas do que as de interpretação de resultados realizadas por médicos*. Por outro lado, a diversidade da duração da jornada de trabalho em função do subsetor em que as tarefas são realizadas (público, privado ou previdenciário) pode variar entre 3 e 8 horas. Seria inviável operar uma instalação de MN com menos de 2 LDIMN/TMN. A recomendação da Agência Internacional de Energía Atómica (IAEA) é de 1 a 2 por

¹⁸ A presença de Físicos Médicos (FM) é obrigatória apenas em instalações de MN com equipamentos PET. Isso implica que a participação de FMs em 85% dos serviços de MN argentinos é rara. Atualmente, a proporção de Autorizações Individuais de um total de 209 é de 186 Especialistas em Física da Radioterapia (89%) versus 23 Especialistas em Física do MN (11%). (Argentina, 2024).

instalação em tempo integral, o que se traduz, de acordo com os regimes trabalhistas argentinos, entre 2 e 6 profissionais técnicos para cada instalação de MN (International Atomic Energy Agency, 2006, p. 93).

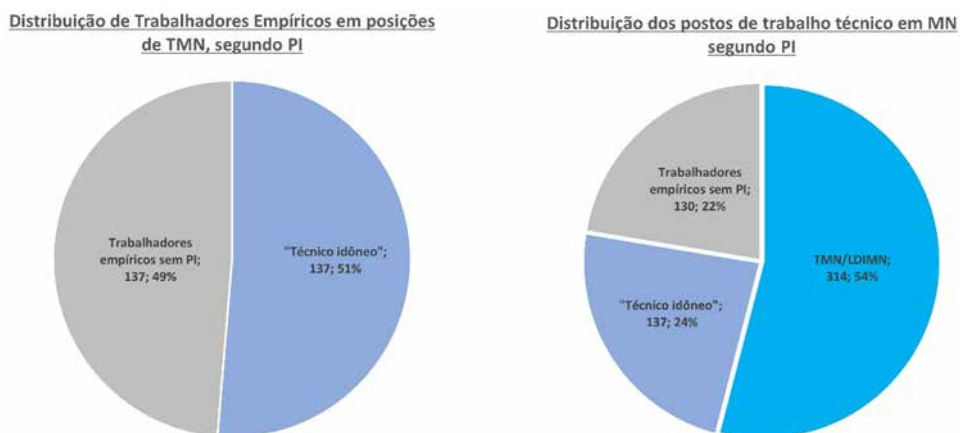
Essa diferença entre profissionais qualificados e empregos reais é, em alguns casos, resolvida pela dupla ou tripla contratação de profissionais qualificados, mas também é coberta irregularmente por ao menos 267 Trabalhadores Empíricos ou “Técnicos Idôneos” que cumprem as funções reservadas a TMN, o que impacta nas possibilidades de priorização da formação acadêmica e do desenvolvimento profissional desse grupo, além das implicações sobre o cuidado e suas consequências sanitárias e legais. Recentemente, a própria IAEA reconheceu a existência do problema em nível global:

Em muitos países, a importância da formação de tecnólogos não tem sido bem compreendida e, como resultado, o desenvolvimento profissional desse grupo tem ficado para trás em relação a outros. Como resultado, há muitos tecnólogos trabalhando em medicina nuclear que tiveram pouca ou nenhuma formação formal. A IAEA teve em conta este fato e desenvolveu um programa de ensino à distância. (International Atomic Energy Agency, 2020, p. 75, tradução da edição)

As estimativas feitas pela AATMN em 2012 já eram de cerca de 300 trabalhadores sem formação, qualificação ou PI exigidos pela Resol. ARN 8.2.4 (Argentina, 2003a), contratados em instalações públicas e privadas em todo o território nacional. Em 2018, a ARN promoveu um censo de trabalhadores sem PI em cargos técnicos em MN, que revelou um total de 267 pessoas nessa condição, das quais apenas 137 (51,3%) obtiveram finalmente a PI para “Técnicos Idôneos” em MN entre 2018 e 2024 (Figura 3, Esquerda). A visão geral da distribuição atual dos empregos técnicos em MN de acordo com as PIs é mostrada na Figura 3, à direita.¹⁹

¹⁹ Sabe-se que um número indeterminado de IPs para TMNs foi emitido para Técnicos em Radiologia (nível superior e superior) que cursaram “Metodologia de Radioisótopos” ou similares, o que representa apenas 15% do currículo do TSMN. Isso indica o alto nível de desorganização do setor e a falta de coordenação racional entre os órgãos de Educação, Trabalho e Controle Regulatório.

Figura 3 - Esquerda: Distribuição segundo PI (2024) dos Trabalhadores Empíricos entre os registrados em 2018. Direita: Distribuição atual dos trabalhos técnicos em MN de acordo com as PIs



Fonte: Elaboração dos autores.

Isto mostra que a decisão tomada pelo Diretório da ARN através da Resolução 432/2018 (Argentina, 2018c), foi ainda pior do que a situação que supostamente procurou remediar, uma vez que não resolveu o problema de mais da metade dos trabalhadores – que continuam trabalhando sem qualquer formação ou qualificação específica – e a outra metade recebeu uma Permissão Individual sem a formação mínima necessária para a tarefa. Recorde-se que, na prática, a PI concedida aos chamados Técnicos Idôneos tem o mesmo âmbito que a dos profissionais de Saúde com formação entre 1600 (TSMN) e quase 4000 horas (LDIMN), substituindo-a por um “curso de atualização” de 50 horas de duração, que representa apenas 3% da carga horária da graduação e originalmente é apresentada apenas para profissionais em exercício, conforme a Resolução 386/2018 (Argentina, 2018a). A medida não só foi ineficaz, como viola a própria regulamentação vigente da ARN, uma vez que estes trabalhadores foram originalmente contratados para uma tarefa para a qual não estavam preparados, o que não se resolve com mera experiência profissional, mas com formação específica e habilitações acadêmicas, que é a fonte de legitimidade da idoneidade, pelo menos, em qualquer profissão de saúde. O que define o anexo Resolução 432/2018:

Considera-se “Técnico Idôneo” em Medicina Nuclear o pessoal que, até a data da publicação desta Resolução no Diário Oficial, comprovar que trabalhou na prática, sob a supervisão de médico com Permissão

Individual válida em Instalações de Medicina Nuclear, há pelo menos 5 (cinco) anos e ter o aval de bom desempenho dos titulares de Licenças de Operação concedidas pela ARN e seus gerentes de segurança radiológica para o período acima mencionado. (Argentina, 2018a, p. 2).

Como se pode ver no Anexo da Resolução 432/2018, a ARN impõe como requisito de comprovação de “idoneidade” a emissão de nota de aval do médico responsável pela Proteção Radiológica da instalação e do titular da Licença de Funcionamento (geralmente, também médico). Trata-se de um caso inusitado, em que o Estado reconhece poderes educacionais e de fiscalização a indivíduos que não possuem o suporte acadêmico necessário, uma vez que a formação médica não inclui o conhecimento docente para avaliar, nem os conhecimentos e habilidades do perfil técnico. É por isso que observamos que a atribuição de capacidades para avaliar e endossar esse Trabalhador Empírico não está relacionada a nenhuma das ‘atividades reservadas’ ao curso médico, mas a uma supervalorização de seu escopo pela autoridade reguladora²⁰. Ao ignorar a especificidade da formação do TSMN reconhecida pela Resolução ARN nº 75/2004 (Argentina, 2004), a Resolução ARN nº 432/2018 (Argentina, 2018a) invisibiliza o trabalho técnico e o desqualifica ao mesmo tempo em que superqualifica o trabalho médico, sendo ambos complementares no campo real de trabalho. Após sua publicação, a resposta institucional da AATMN não tardou, indicando, entre outros conceitos:

A figura “Técnico Idôneo” é falaciosa, pois não existe tal Técnico. Não se enquadra nos termos da Lei 20.658, sobre Educação Técnica Profissional, nem como diploma de Ensino Superior Não Universitário ou Universitário. Por outro lado, a idoneidade de um Trabalhador Empírico deve ser avaliada num contexto educativo reconhecido para o efeito e não pela simples emissão de um certificado pelos seus próprios empregadores, que são partes interessadas na obtenção de uma permissão individual e corresponsáveis pela situação irregular do trabalhador, juntamente com a própria ARN, por descumprimento

²⁰ Essa supervalorização se expressa, inclusive, socialmente, no tratamento dispensado a certos profissionais coloquialmente chamados de “Dr. ou Dr. X” com apenas o título de bacharel (em Medicina, Direito etc.) e sem ter obtido o título de doutor correspondente. Há um mito de que isso se baseia na inexistente Decisão 65/57 do Supremo Tribunal de Justiça da Nação. Além disso, a fonte primária de legitimidade no direito romano (do qual deriva o direito argentino) é o normativo e não os “usos e costumes”, como no direito saxão. A atribuição de títulos e honrarias é crime tipificado no artigo 247 do Código Penal argentino, de modo que nem o mero costume nem as Resoluções dos Conselhos Profissionais lhe conferem legalidade. (Argentina, 1984).

crônico de sua atividade regulatória e fiscalizadora. Lembre-se de que a Norma AR 8.2.4 de 2002 já estabelece que o número mínimo de pessoal deve ser “pessoal profissional ou técnico com permissão individual e preparação adequada para o manuseio de material radioativo, em número adequado à carga de trabalho da instalação de medicina nuclear”. (Asociación Argentina de Técnicos en Medicina Nuclear, 2018, p. 2)

Em nossa jornada já encontramos omissões, metáforas e aspas quando nos referimos (ou não) ao trabalho técnico em MN. Então, podemos nos perguntar: é necessário usar metáforas para nomear o invisível? Faz sentido parar e refletir sobre o alcance e a profundidade da linguagem e sua capacidade de moldar nossa realidade social. A tradução castellana da palavra grega μεταφορά (metaphorá) é: “Llevar a otra parte, trasladar, transferir, cambiar, mudar” (Gómez de Silva, 1988) e, por sua vez, deriva da raiz indo-europeia *bher*, que passou para o grego e o latim como “llevar” (Roberts; Pastor, 1996). Então, há algo transportado de um lugar para outro. Que coisa? Nem mais nem menos do que o significado, a carga simbólica. Que – tão intangível quanto contundente – capaz de ‘fazer o mundo’ e marcar profundamente as condições socioambientais do trabalho onde milhares de trabalhadores passam suas vidas. Quando esse significado é levado de um grupo para outro, teremos, consequentemente, um déficit no grupo desprovido e um excesso nos destinatários, que consequentemente habitarão um espaço simbólico supersignificado, social e politicamente supervalorizado em detrimento dos primeiros, que serão desfavorecidos, invisibilizados e privados dos direitos e garantias que lhes são próprias como trabalhadores. Neste estudo de caso, é evidente a transferência de sentido de um sujeito social para outro – especificamente, dos trabalhadores para seus empregadores – realizada por um Estado a serviço dos interesses destes.

Aqui estamos diante de uma articulação perversa: a) de um lado, a distribuição desigual de profissionais técnicos na MN no território argentino devido à falta de uma oferta de emprego suficientemente atrativa; b) a ocupação desses cargos técnicos por trabalhadores formalmente não qualificados em situação irregular; c) a tolerância da autoridade fiscalizadora – por omissão até 2018 e por ação até agora – mas sempre em desacordo com seus próprios regulamentos. Esta realidade, sucessivamente herdada por todas as administrações, nunca foi satisfatoriamente

resolvida a nível nacional, para além das declarações de boa vontade de alguns funcionários específicos da ARN.²¹

A Resolução 432/2018 (Argentina, 2018c) ignorou até mesmo o único precedente bem-sucedido de normalização de Trabalhadores Empíricos em MN, reconhecido pela própria ARN em 2013. Na cidade de Rosário, Santa Fé, a partir de um acordo entre a AATMN e a Asociación de Técnicos de la Salud de Rosario, ocorreu entre 2011 e 2013 um processo de normalização dos Trabalhadores Empíricos que permitiu que 17 dos 30 Trabalhadores Empíricos estudassem e obtivessem o título oficial de “Técnico Superior em Medicina Nuclear”. O Diretório da ARN reconheceu essa corrida pela Resolução 410/2013 (Argentina, 2013), e mais de 70% dos diplomados obtiveram a sua Permissão Individual para TMN, desempenhando as suas tarefas com a formação, qualificações e experiência que lhes permitem cuidar de si e dos outros. Com base nessa experiência exitosa na cidade de Rosário, a AATMN apresentou à ARN uma proposta em 2016 para implementar um Plano Nacional de Normalização dos Trabalhadores Empíricos em MN que foi ignorado por suas autoridades. Da mesma forma, e infelizmente, o Ministério da Educação da Província de Santa Fé (do qual depende o nível superior não universitário) descontinuou o curso após a formatura da única turma de formandos de TMN de Rosário, considerando que a demanda por trabalhadores estava assim coberta, semelhante ao caso da TSMN ministrada na Universidade Nacional de Entre Ríos (UNER).

Com a Resolução 432/2018 e violando a sua própria regulamentação pré-existente, o Diretório da ARN (2015–2019) implementou uma decisão na MN que expõe trabalhadores, doentes e público em geral a situações de risco evitáveis. Infelizmente, outras instituições do setor, como a Universidade Nacional de Córdoba (Argentina, 2019a) FUESMEN (Argentina, 2019b) e AABymN (Argentina, 2019c) foram propostas para o referido “curso de atualização”. Outras instituições públicas que assinaram o Documento Base (Argentina, 2003b): Secretaria (antigo Ministério) da Saúde; Ministério da Educação; Instituto Nacional de Educação Tecnológica (INET) e o CNEA, entre outros, não reagiram a este despropósito. Todos esses fatos indicam um ‘espírito de época’ que naturaliza a pauperização

²¹ Em atitude digna de ser reconhecida e lembrada, a chefe da área acadêmica da Gerência de Proteção Radiológica da ARN, Lic. Nora Nasazzi, oportunamente emitiu seu parecer contrário à Resolução 432/2018, solidamente fundamentada nas normas educacionais e na própria ARN. A resposta do Conselho foi retirar sua função do organograma, o que levou à sua renúncia.

da formação e das condições de trabalho, onde o absurdo se torna aceitável desde que favoreça interesses empresariais. Observe como a própria ARN o apresenta em seu Relatório Anual de 2018:

Em 2018, a ARN concluiu um censo nacional, dividido por província, com o objetivo de implementar a regularização do pessoal que trabalha como idôneo em instalações de medicina nuclear. Da mesma forma, definiu as condições necessárias para ser considerado um “Técnico Idôneo” e reconheceu os conteúdos mínimos e a carga horária que devem passar para obter ou renovar a Permissão Individual para “Técnico Idôneo em Medicina Nuclear”. (Argentina, 2018b, p. 1)

Apesar da gravidade e do perigo para a saúde pública que isso implica, a repercussão na imprensa foi praticamente nula, o que reforça o processo de invisibilidade desse problema e desse grupo²².

Considerações finais ou iniciais?

Nesta breve revisão histórica, foi enumerada uma série de fatos que nos propomos a colocar em relação. Partimos do reconhecimento de um processo de invisibilização dos TMNs que não é exclusivo desse grupo, mas que historicamente atinge os técnicos de saúde em geral. Essa invisibilização fica evidente quando identificamos a dificuldade – quando se trata de reconstruir a história – em encontrar dados biográficos de trabalhadores com perfil técnico, nacionais e estrangeiros. Praticamente, não há memória institucional do trabalho técnico, ao contrário do que acontece com outros profissionais. No caso particular que nos preocupa, e embora esses trabalhadores tenham feito parte dos primórdios da MN argentina, eles não são mencionados no Regulamento de 1958 sobre o Uso de Radioisótopos.

A invisibilidade desses trabalhadores está fortemente ligada à configuração histórica de um campo de ação que até hoje mantém marcas de forte hierarquização – especialmente em torno da figura médica – ao estabelecer o trabalho e o saber biomédico como centro do processo de trabalho em saúde, em detrimento do reconhecimento e valorização de outras categorias profissionais. Surgiram sob a proteção do progresso tecnológico e da divisão técnica e social do trabalho nas sociedades contemporâneas.

²² O jornal “La Nación” fez uma extensa reportagem com presidente da AATMN sobre o assunto, mas não foi publicada por ordem dos editores do veículo, dado o tom crítico da denúncia contra um governo que representava seus interesses políticos e corporativos. Apenas a colunista de saúde Paola Avena (Avena, 2019) deu alguns minutos de publicidade ao problema no programa do jornalista Victor Hugo Morales.

Historicamente, a configuração do processo de trabalho em saúde tem levado a uma polarização entre a formação de médicos (no nível superior) e a formação das chamadas “atividades colaborativas” (Argentina, 1967). Isso pode ser visto na organização dos sistemas de saúde, com a hierarquização e a integração dos diferentes níveis de atendimento, bem como a incorporação progressiva de tecnologias que determinaram a complexidade e a especialização das funções, causando a necessidade de elevar os níveis educacionais do pessoal que está sendo incorporado ao sistema. Assim, a formação dos profissionais de saúde que, em muitos casos, havia sido desenvolvida no próprio processo de trabalho com diferentes graus de formalização, foi progressivamente articulada dentro do sistema educacional, mas reproduzindo na hierarquia dos níveis educacionais a hierarquia preexistente do processo de trabalho. Nesse processo, incorporou-se um conjunto de funções específicas necessárias ao funcionamento das instituições de saúde, por meio de regulamentos, requisitos gerais e/ou específicos de certificação educacional, que hoje moldam a força de trabalho do setor saúde e constituem um dos elementos centrais no debate sobre formação (Pronko, 2019).

É justamente esse debate que se atualiza no caso em análise. A pergunta que parece perpassar a exposição anterior é: que tipo de formação os trabalhadores técnicos em MN necessitam para desempenhar as suas funções? O saber fazer adquirido em poucos anos de experiência prática no uso diário de equipamentos é suficiente? Ou é necessário proporcionar uma formação sistemática, de nível superior, que leve em conta os fundamentos científicos e tecnológicos que permitem ao profissional técnico não apenas fazer, mas também compreender as implicações técnicas, de saúde, humanas, sociais e ambientais de seu trabalho específico?

Neste ponto da discussão, precisamos colocar em jogo outras tensões históricas para avançar na construção de uma resposta. Como já apontamos, a formação de trabalhadores técnicos em saúde surge como uma necessidade a partir da crescente estruturação dos serviços de saúde: inicialmente como uma formação intimamente ligada à atividade e realizada no próprio processo de trabalho, caracterizada por um alto grau de instrumentalidade (formação orientada pela demanda, enfatizando o caráter técnico-instrumental, com pouca ou nenhuma reflexão pedagógica sobre o processo formativo). A progressiva complexidade do trabalho em saúde, configurando-se como trabalho heterogêneo e hierarquicamente

fragmentado, também impõe uma exigência crescente de escolarização prévia ou concomitante ao processo específico de formação, favorecendo uma integração cada vez mais intensa desse tipo de formação com o sistema formal de ensino, o que resultou em uma dupla regulação para esses trabalhadores: a regulação da formação (geralmente assumida pelos ministérios da educação ou autoridades reguladoras equivalentes) e a regulação do trabalho ou do exercício profissional (exercida de forma variável em cada país pelos ministérios da saúde ou autoridades reguladoras equivalentes, pelas corporações profissionais de acordo com suas próprias hierarquias derivadas da formação dos processos de trabalho ou por formas mistas de regulação).

No entanto, essas áreas de regulação possuem lógicas próprias, não necessariamente convergentes, o que pode levar a descompassos significativos entre a formação e o processo de trabalho (Pronko; Stauffer; Corbo, 2014). Neste estudo de caso, a experiência recente de reconhecimento de “Técnicos Idôneos” no MN aparece como um retrocesso na atuação da autoridade reguladora competente neste caso (a ARN) em comparação com o progresso na regulação educacional que havia sido alcançado com o trabalho coordenado da Comissão Interministerial que, em 2003, elaborou o Documento Base (Argentina, 2003b) para a formação do Técnico Superior em Medicina Nuclear (TSMN).

Mas essa aparente contradição entre lógicas regulatórias esconde, ao mesmo tempo, outras determinações gerais que pesam sobre casos específicos como o descrito. Cada país apresenta processos particulares de conformação tanto do campo da saúde quanto da educação, o que ajuda a explicar, por exemplo, a enorme variação entre as nações dos empregos técnicos existentes em saúde e suas denominações (Documento de Manguinhos..., 2009, p. 258), bem como as dificuldades na construção de normas regulatórias supranacionais. Com o agravante de que, nas últimas décadas, todos os países foram submetidos, em maior ou menor grau, a processos de neoliberalização de suas economias que tiveram impacto direto nesses processos educacionais e na organização dos sistemas de saúde.

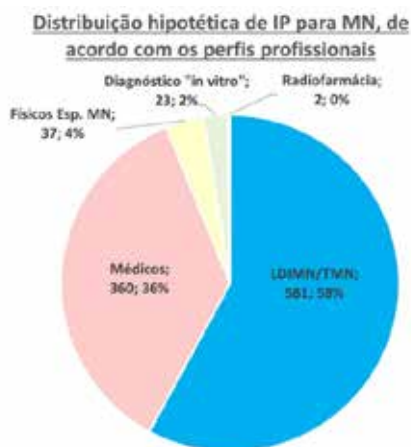
Assim, verificamos que, nas últimas décadas, cada um desses espaços regulatórios (educação, trabalho e saúde) tem sido afetado, de modo particular em cada caso, por amplos processos de desregulamentação que flexibilizaram a formação, a inserção laboral e a própria natureza da atenção

à saúde. As formas historicamente instrumentais de formação dos técnicos sanitários foram sobrepostas, e de modo mais geral, por um encurtamento do horizonte de formação, de modo que este ficou cada vez mais restrito às necessidades imediatas do mercado de trabalho. Deste modo, sobrepõe-se ao anterior uma nova maneira de organização da formação trabalhador técnico em saúde, reduzindo-a a um mero ‘saber fazer’, mas um saber fazer sem fundamentos científicos, tecnológicos, políticos, sociais ou ambientais, que atrofia sua capacidade de agir e (con)forma esses trabalhadores nos moldes da ‘empregabilidade’, ‘empreendedorismo’ e ‘colaboração’ entendidos como capacidades e responsabilidades individuais, como os novos valores ordenadores da sociedade contemporânea.

Essa formação, cada vez mais determinada pela lógica do mercado de trabalho, produz trabalhadores para os sistemas de saúde também fortemente afetados pelas lógicas comerciais, tanto no que se refere às características do cuidado como, particularmente, às relações de trabalho em que exercem suas atividades. Afinal, o que orienta o trabalho e a formação dos trabalhadores da saúde? Com base em quais concepções se organiza a atenção à saúde em um país: na perspectiva do mercado ou na perspectiva do direito coletivo ao bem viver?

Por fim, cabe perguntar: Como se configuraria o campo da força de trabalho em MN se a situação dos atuais Trabalhadores Empíricos em MN fosse realmente normalizada? Se eles se intitularem e obtiverem sua PI como TMN, os LDIMN/TMN mais do que dobrariam seu número, tornando-se o grupo majoritário na comunidade MN argentina (Figura 4). Isso teria forte impacto positivo na qualidade das práticas assistenciais e no gerenciamento de riscos ocupacionais, uma vez que haveria profissionais realmente qualificados para dar conta de cada uma das operações, garantindo a qualidade nos procedimentos.

Figura 4: Distribuição hipotética de PI na comunidade de MN, com todos os seus Trabalhadores Qualificados



Fonte: Elaboração dos autores.

Da mesma forma, as instituições que pretendem representar toda a comunidade de MN no futuro também devem levar em conta os interesses desse perfil profissional e disputar poder de outra maneira que não seja através da proscrição de questões ilusórias de ‘condição técnica’. Já vimos nessa trajetória que as questões da condição estão longe de ser ilusórias, mas são muito concretas e fortemente relacionadas às tensões internas dessa comunidade, não como exceção, mas como regra de funcionamento do campo da saúde a partir de uma concepção médico centrada e de uma lógica neoliberal. Ao mesmo tempo, consideramos que essa invisibilização tem sido condição para a possibilidade de criação e apoio, por parte de algumas instituições, da figura do ‘Técnico Idôneo’ a que nos referimos. O objetivo deve ser o de que todos os profissionais de saúde sejam devidamente formados e possam realizar suas tarefas, de modo que possuam conhecimentos e habilidades profissionais que lhes permitam cuidar de si mesmos e dos outros, em um âmbito social e ambientalmente sustentável.

Referências

ARGENTINA. Autoridad Regulatoria Nuclear. **Uso de fuentes radiactivas no selladas en instalaciones de medicina nuclear**. AR 8.2.4. República Argentina, 2003a. Aprobada por Resolución del Directorio de la Autoridad Regulatoria Nuclear n.º 18/02 (Boletín Oficial 22/07/02) – Revisión 1. Disponível em: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/8-2-4_r1.pdf. Acesso em: 15 maio 2024.

ARGENTINA. **Código Penal de la Nación Argentina**, Lei 11.179 (T.O. 1984 atualizado). 1984. Disponível em: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>. Acesso em: 15 maio 2024.

ARGENTINA. Comisión Nacional de Energía Atómica. Dependiente de La Presidencia de la Nación. Centellograma Esplénico. **Estudios con Eritrocitos Marcados (Cr-51) y Fragilizados por Calentamiento**. In: VIOLA, E. Rochna; MUSSO, Arturo M.; KREMENCHUKY, Silvio. Argentina: Sociedad Argentina de Medicina Nuclear, reunión del 27 de mayo de 1966. Disponível em: <https://nuclea.cnea.gob.ar/server/api/core/bitstreams/b3e98a9f-501d-4ce9-82af-8a51788239e1/content>. Acesso em: 16 maio 2024.

ARGENTINA. **Constitución de la Nación Argentina**. Santa Fé: Boletim Oficial, 23 ago. 1994. Disponível em: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>. Acesso em: 12 julho 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia de la Nación. InfoLEG. Autoridad Regulatoria Nuclear. Dependiente de la Presidencia de la Nación. **Resolución nº 410/2013**. Buenos Aires, 23 out. 2013. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/220000-224999/222663/norma.htm>. Acesso em: 15 maio 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia de la Nación. InfoLEG. Autoridad Regulatoria Nuclear. **Resolución 345/2019**. Resol-2019-345-APN-D#ARN. Buenos Aires, 30 ago. 2019a. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/325000-329999/327694/norma.htm>. Acesso em: 15 maio 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia de la Nación. InfoLEG. Autoridad Regulatoria Nuclear. **Resolución 346/2019**. Resol-2019-346-APN-D#ARN. Buenos Aires, 30 ago. 2019b. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/325000-329999/327695/norma.htm>. Acesso em: 15 maio 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia de la Nación. InfoLEG. Autoridad Regulatoria Nuclear. **Resolución 347/2019**. RESOL-2019-347-APN-D#ARN. Buenos Aires, 30 ago. 2019c. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/325000-329999/327696/norma.htm>. Acesso em: 15 maio 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia de la Nación. InfoLEG. Autoridad Regulatoria Nuclear. **Resolución 386/2018**. 18 sep. 2018. Cursos De Actualizacion Para “Tecnicos En Medicina Nuclear” – Temario. Publicada no Boletín Oficial, n. 3393959, p. 38. Argentina, 2018a. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=314579>. Acesso em: 05 jul. 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia de la Nación. InfoLEG. Autoridad Regulatoria Nuclear. **Resolución 536/2016**. Buenos Aires, 30 nov. 2016. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/265000-269999/266565/norma.htm>. Acesso em: 16 maio 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia de la Nación. InfoLEG. Autoridad Regulatoria Nuclear. Seguridad Radiológica. **Resolución ARN N° 75/2004**. Buenos Aires, 2004. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/100000-104999/100882/norma.htm>. Acesso em: 16 maio 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia de la Nación. InfoLEG. Autoridad Regulatoria Nuclear. Dependiente de la Presidencia de la Nacion. **Resolución n° 427/2015**. Buenos Aires, 14 ago. 2015a. Disponível em: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/250000-254999/250805/norma.htm>. Acesso em: 12 jul. 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia de la Nación. InfoLEG. Autoridad Regulatoria Nuclear. Dependiente de la Presidencia de la Nacion. **Resolución n° 549/2015**.

Buenos Aires, 29 out. 2015b. Disponível em: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=254001>. Acesso em: 12 jul. 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia de la Nación. InfoLEG. **Lei 17.132**. Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas. Buenos Aires, 24 jan. 1967. Disponível em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/texact.htm>. Acesso em: 15 maio 2024.

ARGENTINA. Ministério de Salud. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Comisión Interministerial. **Técnico Superior en Medicina Nuclear**. nov. 2003b. Disponível em: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL002044.pdf> Acesso em: 15 maio 2024.

ARGENTINA. Presidencia de la Nación. Secretaría General. Autoridad Regulatoria Nuclear. **Informe anual 2018**. Buenos Aires, 2018b. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/arn/informe-anual/informe-anual-2018>. Acesso em: 15 maio 2024.

ARGENTINA. Presidencia de la Nación. Secretaría General. Autoridad Regulatoria Nuclear. **Informe anual 2022**. Buenos Aires, 2022. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/arn/informe-anual/informe-anual-2022>. Acesso em: 15 maio 2024.

ARGENTINA. Secretaria de Emprendedores y de la Pequeña y Mediana Empresa. **Resolución 432/2018**. Argentina: Boletín Nacional, 09 nov. 2018c.

Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-432-2018-316238>. Acesso em: 05 jul. 2024.

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE TÉCNICOS EN MEDICINA NUCLEAR. [Ofício] **Al Directorio de la Autoridad Regulatoria Nuclear (ARN)**. Buenos Aires, 2018. Disponível em: <http://www.aatmn.org.ar/ARN/Scan%20Nota%2020181105a%20copy.pdf>. Acesso em: 16 maio 2024.

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE BIOLOGÍA Y MEDICINA NUCLEAR. **Estatutos**. Disponível em: <https://www.aabymn.org.ar/estatutos/>. Acesso: em 16 maio 2024.

AVENA, Paola. **Informe sobre Trabajadores Empíricos en MN**. [Entrevista com Carlos G. Einisman, 04 jun. 2019]. Disponível em: <https://radiocut.fm/audiocut/informe-sobre-trabajadores-empiricos-en-mn-por-paola-avena-en-programa-vhm/>. Acesso em: 16 maio 2024.

BARCAT, Juan Antonio. Autoría, técnicos y publicaciones biomédicas. **Medicina** (B. Aires), Buenos Aires, v. 76, n. 5, p. 326-328, oct. 2016.

BUNGE, Mário. **La investigación científica: su estrategia y su filosofía**. México: Siglo XXI, 2004.

CONSEJO FEDERAL DE EDUCACIÓN. **Resolución CFE n. 34/07**. Buenos Aires, 29 nov. 2007. Disponível em: <http://www.inet.edu.ar/wp-content/uploads/2012/10/34-07.pdf> . Acesso em: 16 maio 2024.

DEGROSSI, Osvaldo. Historia, Presente y Futuro de la Medicina Nuclear. [Entrevista cedida ao] **Diagnóstico Journal**. 8 abr. 2007. Disponível em: <https://diagnosticojournal.com/historia-presente-y-futuro-de-la-medicina-nuclear/>. Acesso: em 15 maio 2024.

DOCUMENTO de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos de Saúde no Mercosul. In: PRONKO, Marcela Alejandra; CORBO, Anamaria D. (org.). **A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 258-261. (Caderno de Debates, 2). Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l142.pdf> . Acesso em: 13 set. 2024.

EINISMAN, Carlos Gerardo. **Epistemología de la Medicina Nuclear**. 2021. Tese (Doutorado em Epistemologia e Historia da Ciência). Universidad Nacional de Tres de Febrero, Buenos Aires, 2021. Disponível em: <http://170.210.60.93:8070/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=77118> . Acesso em: 15 maio 2024.

EINISMAN, Carlos Gerardo. La Siluetas de lo invisible: los técnicos de la salud en la Argentina. In: PRONKO, Marcela Alejandra; CORBO, Anamaria D. (org.). **A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul** Río de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 159-168. (Caderno de Debates, 2). Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l142.pdf> . Acesso em: 13 set. 2024.

EINISMAN, Carlos Gerardo. Relatório sobre treinamento e prática profissional da TMN na Argentina. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE SOCIEDADES DE BIOLOGIA E MEDICINA NUCLEAR (ALASBIMN), 20, Punta del Este, Uruguai., 4 a 7 dez. 2005. [Anais do Congresso]. Uruguai, 2005.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). Observatório dos Técnicos em Saúde. **Trabalho e educação profissional em saúde**. 26 mar. 2022. Joaquim Venâncio: EPSJV, 2022. Disponível em: <https://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/>. Acesso em: 26 mar. 2022.

ESCUELA DE CIENCIA Y TECNOLOGIA. **Licenciatura en Diagnostico por Imágenes**. Argentina, 2012. Disponível em: <https://www.unsam.edu.ar/escuelas/ecyt/14/ciencia/diagno-imagenes2>. Acesso em: 16 maio 2024.

GÓMEZ DE SILVA, Guido. Metáfora. **Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana**. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1988, p. 453.

GRUPO COORDINADOR Y GRUPO DE EXPERTOS (GCYGE). **Estándar de Competencia Laboral para el Nivel Inicial del Técnico en Medicina Nuclear de la República Argentina**. Ciudad de Buenos Aires, República Argentina, sept. 2001. Disponível em: <http://www.aatmn.org.ar/documentos/ECL%20TMN1.pdf>. Acesso em: 16 maio 2024.

HERTZ, Saul; ROBERTS, Arthur. Radioactive iodine in the study of thyroid physiology: VII. The use of radioactive

iodine Therapy in hyperthyroidism, **JAMA**, v. 131, n. 2, p. 81-86, 11 maio 1946. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/285748>. Acesso em: 14 maio 2024.

INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY. **Nuclear Medicine Resources Manual**. Vienna: AIEA, 2006. Disponível em: https://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/Pub1198_web.pdf. Acesso em: 15 maio 2024.

INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY. **Nuclear Medicine Resources Manual 2020 Edition**. Viena: IAEA, 2020. (IAEA Human Health Series, 37), Disponível em: <https://www.iaea.org/publications/13391/nuclear-medicine-resources-manual-2020-edition>. Acesso em: 15 maio 2024.

PRONKO, Marcela Alejandra; STAUFFER, Anakeila B.; CORBO, Anamaria D. Formação de trabalhadores técnicos no Mercosul em perspectiva comparada. **Revista Lationoamericana de Educación Comparada**, Buenos Aires, ano 5, n. 5, p. 16-28, 2014.

PRONKO, Marcela Alejandra. A formação de trabalhadores técnicos em saúde no brasil contemporâneo: impasses e desafios. In: MARTINS, Fernanda; MUNCK, Sergio (org.). **Uma experiência de qualificação de trabalhadores do SUS: diagnóstico da gestão de documentos e informações em saúde no Piauí**. Rio de Janeiro, EPSJV, 2019. p. 27-38. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/livro_lires.pdf. Acesso em: 15 maio 2024.

ROBERTS, Edward; PASTOR, Bárbara. Bher-1. **Diccionario etimológico indoeuropeo de la lengua española**. Madrid: Alianza, 1996, p. 25.

SHAPIN, Steven. El técnico invisible. **Mundo Científico**, v. 11, n. 113, p. 520-529. 1991.