

Técnicos en salud: formando trabajadores que piensan sus prácticas



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES
FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE - FUNDESA
FICHA TÉCNICA DO SUS EM SERGIPE - ETSUS

CURSO DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

RELATO DE EXPERIÊNCIA

AMANDA LUIZA CALDAS¹
ALESSANDRO AUGUSTO SOLEDADE RETES²



1. OBJETIVOS
O Curso de Prevenção da Mortalidade Materna e Neonatal, PAMN, realizado pela Escola Técnica do SUS em Sergipe - ETSUS e é uma ação prevista no Contrato Estadual de Saúde firmado entre a Fundação Estadual de Saúde - FUNDESA e a Secretaria Estadual de Saúde - SES e se apresenta como uma das ações da Rede Caporaba prevista no Plano de Redução da Mortalidade Infantil no Estado de Sergipe e no Plano Anual de Atividades de 2013, da ETSUS, sendo como fonte de recursos a Portaria Nº 2700/2011.

O curso teve como objetivo capacitar 51 (cinquenta e um) profissionais das maternidades públicas³ do SUS Sergipe entre Auxiliares e Técnicos de Enfermagem para promover a saúde da mulher e do recém-nascido; Desenvolver habilidades e atitudes na identificação de riscos obstétricos e neonatal e para o desenvolvimento de habilidades no cuidado de enfermagem das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e de recém-nascido.

SUMARIO

RELATO DE EXPERIENCIA

3

¡Caminar es necesario!

6

Sergipe invierte en la prevención de la mortalidad materna y neonatal

10

NOTICIAS DE LA RED

8

SALUD GLOBAL

Fuerza de trabajo en salud: OMS y GHWA preparan nueva estrategia global post-2015

12

TEMAS EM DISCUSIÓN

Educación de técnicos en salud: una atención especial a los currículos (final)

14

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Agentes Comunitarios de Salud en Brasil: en búsqueda de la profesionalización con calidad

Nuevo sitio de
la **RETS**

www.rets.epsjv.fiocruz.br



- Visual más moderno
- Interface más intuitiva
- Informaciones relevantes
- Interactividad

Confiera!!!

EDITORIAL

Estimados lectores,

Según el Plan de Trabajo de RETS, aprobado por sus miembros en la reunión de noviembre de 2013, publicaríamos dos ediciones especiales de la revista (septiembre y diciembre) con relatos de experiencias en el área de formación de trabajadores técnicos en salud.

La idea de la iniciativa era hacer la divulgación, en el formato periodístico, del mayor número de experiencias posibles en todas las áreas y niveles de formación, desde aquellas volcadas a los auxiliares y agentes de salud hasta aquellas relacionadas a los técnicos de nivel medio o superior y tecnólogos.

Hicimos la llamada en el plazo previsto, cumpliendo la responsabilidad asumida ante los demás miembros, pero, infelizmente recibimos menos relatos que lo esperado. Pocas instituciones miembros de la Red participaron y en virtud de eso, tomamos la decisión de distribuir los trabajos recibidos y aprobados por todas las ediciones publicadas aún este año y en 2105. Nuestra expectativa es que al ver algunos relatos publicados, otros autores se interesen en compartir sus experiencias a fin de ampliar la reflexión sobre las innumerables cuestiones referentes a la formación de esos trabajadores que, a pesar de ejercer un papel relevante en los sistemas nacionales de salud, no siempre tienen su importancia reconocida. ¡Participe! ¡Envíe su trabajo! ¡Aproveche la oportunidad!

Para esta edición, seleccionamos dos experiencias realizadas en Brasil: una en el área de salud mental y otra en el área de salud materna y neonatal. Además de ello, la revista trae una materia sobre las discusiones, la elaboración por la OMS

de una estrategia de RHS que esté en conformidad con el nuevo conjunto de metas globales de desarrollo para el período 2016-2030, los denominados Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) que sustituyen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La serie de materias sobre el currículo en la formación de los técnicos en salud, iniciada en la Revista RETS 16 llega al final con una breve discusión sobre las políticas curriculares. Para completar, un texto sobre el proceso de profesionalización de los Agentes Comunitarios de Salud en Brasil y su papel en la implantación del modelo de atención primaria en salud en el país.

¡Buena lectura!

Secretaría Ejecutiva de la RETS

EXPEDIENTE

Año 6 – Nº 20 – jul./ago./sept. 2014
La Revista RETS es una publicación trimestral editada por la Secretaría Ejecutiva de la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud.
E-mail: rets@epsjv.fiocruz.br

CONSEJO EDITORIAL

Carlos Planel
(EUTM/Udelar – Uruguay)
Carlos Einisman
(AATMN – Argentina)
César Alfaro Redondo
(ETS-UCR – Costa Rica)
Elba Oliveira
(ENS-La Paz – Bolivia)
Isabel Araújo
(UniCV – Cabo Verde)

REVISTA RETS

Ana Beatriz de Noronha
MTB25014/RJ (editora)
Julia Neves (periodista)

Raphael Peixoto (passante de periodismo)
Marcelo Paixão (deseñador)
Zé Luiz Fonseca (deseñador)
Maycon Gomes (deseñador y imágenes)

TRADUCCIÓN

Sem Fronteira Idiomas - Rennie J. López Barrios
André Antunes
Monike Mar

TIRADA

2.000 ejemplares

IMPRESIÓN

J. Sholna

SECRETARIA EJECUTIVA DE LA RETS

Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio
Paulo César de Castro Ribeiro (director)

COORDENACIÓN DE COOPERACIÓN

INTERNACIONAL

Anakeila Stauffer (coordinadora)

Ana Beatriz de Noronha
Helifrancis Conde
Geandro Ferreira
Julia Neves
Kelly Robert
Raphael Peixoto

DIRECCIÓN

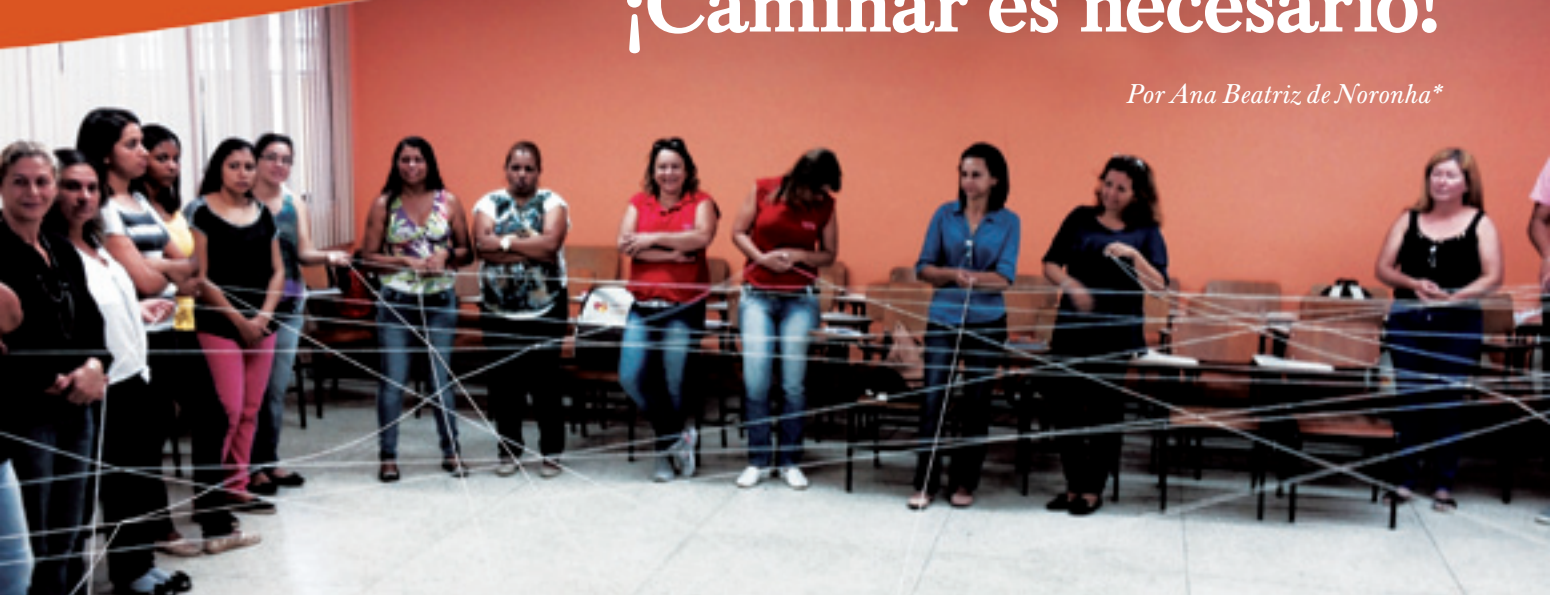
Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos -
Rio de Janeiro - RJ - 21040-360
Phones: 55(21)3865-9730
E-mail: cci@epsjv.fiocruz.br

APOYO

TC41 – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde do Brasil e Opas/Brasil

¡Caminar es necesario!

Por Ana Beatriz de Noronha*



La dificultad de los trabajadores y de los servicios de atención a la salud para acoger y ofrecer cuidado a las personas con trastornos mentales y personas en uso perjudicial de drogas trajo un desafío a las autoridades de salud de varios municipios brasileños y llevó el gobierno federal a pensar en una forma de capacitación capaz de cambiar la cultura actual y transformar la práctica cotidiana de esos trabajadores, considerando los presupuestos de la Reforma Psiquiátrica Brasileña y de las directrices actuales de la **Política Nacional de Salud Mental**.

En ese contexto se creó el proyecto 'Camino del cuidado' de ámbito nacional, cuyo objetivo es ofrecer a Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y Auxiliares/Técnicos de enfermería (ATENfs) los conocimientos necesarios para que reconozcan las situaciones-problema en su territorio y ejercer su papel en la promoción del acceso e inclusión de los sujetos en sufrimiento mental o en uso abusivo de drogas en la red de cuidado, acogiéndolos y facilitando la articulación de la red de atención comunitaria.

La idea es que esos trabajadores pasen a trabajar con base en una visión menos moralista y criminalizante de la cuestión, que consecuentemente garantice el respeto a los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud, como también haga viable la apropiación del proceso de reforma psiquiátrica con énfasis en la red de atención psicosocial de la cual hacen parte.

Atención primaria, donde todo empieza

El cuidado a los sujetos y su condición de salud está presente en todos los niveles de atención a la salud, pero en la atención primaria, la sensibilización de los profesionales que atienden las diferentes demandas presentadas, en especial en el campo de la salud mental y en los casos de uso perjudicial de drogas, se hace fundamental.

Como destaca Pilar Belmonte, profesora de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) y educadora del proyecto 'Camino del Cuidado' de los estados de Rio de Janeiro y Espírito Santo, el proceso de la desinstitucionalización, que está en la base de la Reforma Psiquiátrica Brasileña no se resume sólo al cierre de camas en hospitales psiquiátricos.

En Brasil, la Política Nacional de Salud Mental basada en la Ley nº 10.216, de 2002, busca consolidar un modelo de atención a la salud mental abierto y de base comunitaria, que pueda garantizar la libre circulación de las personas con trastornos mentales por los servicios, por la comunidad y por la ciudad. Para ello, el modelo cuenta con una red de servicios y equipos variados tales como los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), los Servicios Residenciales Terapéuticos (SRT), los Centros de Convivencia y Cultura y las camas de atención integral (en Hospitales Generales, en los CAPS III). El Programa de Regreso a la Casa que ofrece becas para egresos de largas hospitalizaciones en hospitales psiquiátricos, también hace parte de esa política. En la atención integral en alcohol y drogas, además de todos los recursos de la red, se cuenta también con lechos de retaguardia y la Escuela de Reductores de Daños.

(Fuente: Ministerio de Salud)

Texto original: "¡Caminar es necesario! La formación de Agentes Comunitarios de Salud, auxiliares y técnicos de enfermería en los estados de Rio de Janeiro y de Espírito Santo" (Brasil). Disponible en el sitio de la RETS (www.rets.epsjv.fiocruz.br), en 'Biblioteca'.

Autores:

- **Pilar Belmonte** (EPSJV/Fiocruz): educadora del Proyecto Camino del Cuidado de los estados de Rio de Janeiro y Espírito Santo. Doctora en Historia de las Ciencias.
- **Aline Cescon Alves Jardim** (Secretaría Municipal de Salud de Rio de Janeiro): apoyador estatal de Rio de Janeiro del Proyecto Camino del Cuidado. Máster en Salud Pública.
- **Elzimar Peixoto-Pinto** (Secretaría Municipal de Salud de Vitória/ES): coordinadora estatal de Espírito Santo del Proyecto Camino del Cuidado. Máster en Psicología.
- **Jaciara Romualdo** (Escuela Técnica y de Formación Profesional del Municipio de Vitória/ES - ETSUS-Vitória): apoyador estatal de Espírito Santo del Proyecto Camino del Cuidado. Especialista en Gestión Pedagógica de las Escuelas Técnicas del SUS y en Psicopedagogía.
- **José Carlos Campos** (Instituto de Psiquiatría de la UFRJ): coordinador estatal de Rio de Janeiro del Proyecto Camino del Cuidado. Máster en Enfermería. Tutor de los Cursos de Graduación en Medicina y Enfermería del Centro Universitario Serra de los Organismos (Unifeso).

“Más que un simple alta hospitalario, él representa una ruptura de paradigmas en la forma de comprender la locura y su inserción en el ámbito social”, explica.

Según ella, ese proceso involucra un cambio en la forma de entender y cuidar de la salud mental, haciendo posible la elaboración de proyectos terapéuticos singulares, de rehabilitación y reinserción social, de espacios estratégicos de salud que contribuyan para la construcción de nuevos proyectos de vida. “Es un rescate de personas que permanecieron años confinadas en manicomios y que hoy vuelven a vivir en la ciudad, a circular en el territorio y a recuperar sus derechos de ciudadanos, dentro de los cuales el derecho a la salud”, completa, recordando que todo ese cambio termina resultando en una nueva clientela para los servicios de atención primaria, que deben garantizar la acogida del usuario en el propio territorio y responder a las nuevas demandas de salud.

La estrategia de reducción de daños – política da Coordinación Nacional de Salud Mental, Alcohol y otras drogas del Ministerio de Salud –, a su vez, establece el reconocimiento de la singularidad de cada sujeto como paso inicial para la delineación de propuestas de intervenciones de salud pública que preserven su vida y mantengan sus derechos, promoviendo su inclusión en la red de cuidados.

Proyecto ‘Caminos del cuidado’: formación para la acogida



En Brasil, el Plan Integrado de Enfrentamiento al Crack y otras Drogas, instituido en mayo de 2010 (Decreto n° 7.179), por el gobierno federal, prevenía la capacitación de forma continuada, de recursos

humanos involucrados en el cuidado, tratamiento, reinserción social y prevención al uso de crack y otras drogas.

El proyecto ‘Caminos del cuidado’ está insertado en el eje ‘Cuidado’ del Programa Federal ‘Crack, es posible vencer’ y tiene como marco legal la Ordenanza n° 3088 (23/12/2011), que instituye la Red de Atención Psicosocial para personas con sufrimiento o trastorno mental y con necesidades recurrentes al uso de crack, alcohol y otras drogas, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), y la Política Nacional de Educación Permanente en Salud (Ordenanza GM/MS n° 1996 del 20/08/2007).

Su principal objetivo es formar Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y Auxiliares/Técnicos de enfermería (ATENfs) de la Atención Básica en Salud Mental con énfasis en crack, alcohol y otras drogas a partir de la oferta de un conjunto de estrategias y conocimientos que posibiliten a los ACS y ATENfs acoger y cuidar de forma integral del usuario a partir de la facilitación del acceso y de su inclusión en el sistema de salud.

Iniciado en marzo de 2013, en una colaboración de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) de Rio de Janeiro, y del Grupo Hospitalario Conceição de Rio Grande do Sul, el proyecto tiene en vista llevar formación específica a todos los ACS del país y a un auxiliar o técnico de enfermería por equipo actuante de salud de la familia, en un total aproximado de 300 mil trabajadores. El trabajo abarca los 26 estados brasileños y más el Distrito Federal, que serán incorporados en tres etapas distintas. El Estado de Rio de Janeiro entró en la segunda etapa y su primer grupo tuvo inicio el 23 de enero de este año. El Espírito Santo entró en la tercera etapa con el primer grupo el 26 de marzo.



La ejecución del proyecto involucra a varios organismos del Ministerio de Salud – Departamento de la Gestión de Educación en la Salud, Departamento de Atención Básica y Coordinación de Salud Mental, Alcohol y otras

Drogas. Además de ello, cuenta con la participación activa de las áreas de salud mental, atención básica y en algunas localidades, de la educación en salud de estados y municipios, los Consejos Estatales y Municipales de Secretarios de Salud (Cosems), las Escuelas Técnicas del SUS y Escuelas de Salud Pública.

Respeto al conocimiento práctico y a las especificidades locales

La construcción de material pedagógico específico y la selección y capacitación de orientadores y tutores en cada estado brasileiro fueron los primeros pasos dados en dirección al objetivo del proyecto. Los orientadores deberían ser graduados en el área de salud con especialización en Salud Colectiva, Salud Pública, Salud Mental o Atención Básica y dos años de experiencia en el área de Atención Básica o Salud Mental.

Lanzado en diciembre de 2001 y coordinado por el Ministerio de Justicia, el Programa representa un conjunto de acciones del Gobierno Federal para enfrentar el crack y otras drogas en articulación con los estados, Distrito Federal y municipios, además de la participación de la sociedad civil. La iniciativa tiene el objetivo de incrementar la oferta de tratamiento de salud y atención a los usuarios de drogas, enfrentar el tráfico y las organizaciones criminosas y ampliar actividades de prevención, por medio de acciones coordinadas por los Ministerios de Justicia, de Salud, del Desarrollo Social y Combate al Hambre, de Educación, además de la Casa Civil y de la Secretaría de Derechos Humanos. Las acciones se dividen en tres ejes: cuidado, que prevé la estructuración de la red de cuidados que auxilia a los dependientes químicos y sus familiares en la superación del vicio y en la reinserción social; autoridad que tiene en vista intensificar acciones de inteligencia y de investigación para identificar y llevarse preso a los traficantes y desarticular organizaciones criminosas que actúan en el tráfico de drogas ilícitas; y prevención, cuyas bases son la escuela, la comunidad y la comunicación con la población.



Para los tutores la exigencia es de graduación en el área de la salud con experiencia mínima de un año de trabajo en la Atención Básica o en la Salud Mental. “Entendiendo que ese profesional también está en formación, se hizo un fuerte ejercicio de regionalizar este tutor, esperando que él actuara en su región de residencia y trabajo”, explica Pilar.

Tras la selección, orientadores y tutores participan de curso presencial con carga horaria de 40 horas para los tutores y 24 horas para los orientadores, cuyas clases son de responsabilidad del núcleo pedagógico con el apoyo de las Escuelas Técnicas del SUS y de las Escuelas de Salud Pública. En esas clases, que también representan un momento de selección de esos profesionales son presentadas las metodologías activas y el contenido del Curso de los ACS y ATEnfs, como también la propuesta de educación a la distancia, en la cual las comunidades de práctica son consideradas fundamentales para acompañamiento de la formación de los trabajadores de nivel medio, pero también para la educación permanente de los orientadores y tutores.

En lo que se refiere a la formación de los ACS y ATEnfs, las clases presenciales son realizadas una vez a la semana, en horario integral, por cinco semanas consecutivas, totalizando 40 horas presenciales, pero 20 de dispersión. Cada tutor es responsable por un grupo con un promedio de 20 alumnos. Para grupos mayores de hasta 40 alumnos, hay dos tutores.

Por medio de las comunidades de prácticas, los tutores postean informes, situaciones y casos de sala de clase, como también los casos traídos por los alumnos, además de fotografías y cualquier otro asunto pertinente que quieran compartir, como también dudas, sugerencias de lecturas, videos y dinámicas. Corresponde al orientador acompañar, también por la comunidad de prácticas, promover la permanente educación de su grupo de tutores, acompañar el trabajo realizado por ellos junto a los grupos de ACS y ATEnfs, y ayudarlos cuando sea necesario. El educador, responsable por un grupo de orientadores, tiene entre otros, el papel de acompañar las actividades de los orientadores y de los tutores, dando apoyo y auxiliando en la superación de dificultades acerca de los contenidos temáticos.

La idea de respetar y valorar la especificidad de cada territorio, calificando la escuchada y ampliando la ‘caja de herramientas’ de trabajo de los ACS y ATEnfs, terminó estableciendo un proceso formativo que provoca un encuentro entre las prácticas cotidianas vividas por los alumnos y los ejes temáticos definidos para el curso con vistas a la demanda del cuidado integral a la persona con trastornos mentales y del usuario de drogas. “Nosotros utilizamos estrategias pedagógicas que permiten problematizar las situaciones, pero que también promueven la producción de conocimientos y tienen por base los principios del SUS y las Políticas de Salud Mental, de Atención Básica y de Reducción de Daños. Yo pienso que ese es el gran diferencial del curso”, afirma Pilar.

El curso está dividido en tres ejes: el eje 1 ‘Conociendo el territorio, las redes de atención, los conceptos, políticas y las prácticas de cuidado en salud mental’, que está dividido en tres clases; el eje 2 ‘La Caja de Herramientas de los ACS y ATEnf en la

Atención Básica', que se da en dos clases; y el eje 3 'Reforma Psiquiátrica, Reducción de Daños e integralidad del Cuidado como directrices para intervención en salud mental y en el uso de alcohol, crack y otras drogas', un eje transversal, cuyos temas pasan los demás.

Al final de cada clase el alumno tiene una tarea para realizar en el período de la dispersión (de una semana), relacionado con el tema de la clase y con su trabajo en la unidad básica de salud y en su territorio. "Ese es un momento de reflexión, de unir teoría y práctica en la construcción de nuevos mirares y nuevas construcciones de posibilidades de cuidado en la red local de salud en la cual actúa", aclara la educadora.

Todos los participantes reciben el cuaderno del alumno, material producido específicamente para esa formación, en el cual consta la planificación /programación de los encuentros, textos de apoyo, casos retirados de situaciones vividas en la atención primaria y las orientaciones realización de las actividades de dispersión.

Evaluaciones positivas muestran el éxito de la iniciativa

Los estados de Rio de Janeiro (RJ) y de Espírito Santo (ES) cuentan, respectivamente, con cerca 16 mil y seis mil agentes comunitarios, auxiliares y técnicos de enfermería en formación. Hasta junio de 2014, ambos estados realizaron juntos la formación de 5.058 trabajadores de nivel medio de la Atención Primaria, en 109 grupos por todo el territorio, lo que implica en un trabajo de pacto, articulación política local, infraestructura, que demanda gran esfuerzo de las coordinaciones estatales y equipos de las ETS.

Fueron capacitados 122 tutores y 11 orientadores en los dos estados, siendo que la meta de cada tutor es realizar la formación de, por lo menos, tres grupos. Hoy, el estado de Espírito Santo cuenta con un grupo de seis orientadores que son responsables por 52 tutores activos. En Rio de Janeiro, hay cinco orientadores, cada uno responsable por 13 tutores.

Al final de cada grupo, los alumnos evalúan verbalmente el trabajo realizado. Además de ello, responden un cuestionario con cuestiones sobre las tres dimensiones del curso – el contenido, la metodología y los recursos – y un espacio para registro de las observaciones, críticas y sugerencias.

Según las Coordinaciones Estatales de ES y de RJ, un análisis hecho con los primeros 1404 cuestionarios respondidos muestra un resultado muy positivo. Los alumnos dicen que el curso agrega nuevos conocimientos en los tres ejes propuestos, además de posibilitar un reconocimiento de que varias acciones de salud mental ya venían siendo desarrolladas en el territorio a pesar de no ser reconocidas como acciones de salud mental. Posteriormente serán evaluados los posibles efectos de la capacitación en el cotidiano de esos trabajadores y el impacto de la formación en el cuidado con las personas con trastorno mental y usuarios de drogas por la Atención Primaria.

El contenido de la formación fue evaluado positivamente por el 97% de los alumnos, los cuales reconocieron que los tres ejes propuestos tienen tenor adecuado. Casi todos los alumnos (95%) afirmaron que las estrategias metodológicas propuestas (vídeos, textos, dinámicas) fueron eficientes para el proceso de aprendizaje. En lo que se refiere a las prácticas de salud mental ya realizadas y la relación con el cotidiano de trabajo, el 94% de los cuestionarios analizados están de acuerdo que el curso va al encuentro de sus actividades labores.

Un gran número de participantes reconoció estar más sensible y atento al cuidado con la persona con sufrimiento psíquico y a la persona en uso perjudicial de drogas, conociendo las direc-

trices de la política de salud mental y reconociendo la importancia de acciones de salud mental en la atención primaria. Sin embargo, varios alumnos apuntaron dificultades para involucrar al equipo en ese cuidado y enfatizaron la importancia de proporcionar una formación semejante a otros profesionales del equipo.

Muchos alumnos afirmaron que el curso los llevó a revisar conceptos y preconceptos en relación a la temática del uso de drogas, lo que quedó claro en las discusiones hechas a lo largo del curso, en las presentaciones de trabajo en los grupos y en los relatos de los tutores. Para el equipo del Proyecto, un caso ejemplar de ese cambio está en el relato hecho por un alumno, según el cual, un miembro de su equipo de trabajo habría dicho que, cuando el curso terminara y la tutora se fuese, todo volvería a ser como antes y él prontamente respondió: 'no hay como volver a ser como antes, porque yo cambié'.

Otra importante consecuencia de la formación ha sido la posibilidad de diálogo entre ACS y técnicos de enfermería de equipos y de unidades de salud distintas de las que actúan. Además de ello, los alumnos también destacan cuánto sirve el curso para legitimar saberes y herramientas ya utilizadas en el cotidiano de su trabajo. Para Pilar, esa percepción puede ser fruto de la metodología utilizada en el curso, la cual promueve el empoderamiento de los profesionales en relación a su práctica cotidiana junto a los usuarios y en lo que se refiere a su papel en el equipo de salud de la familia, no sólo en la identificación de los casos, pero principalmente en su acompañamiento longitudinal.

Según la educadora, los resultados parciales obtenidos hasta el momento muestran la importancia que los propios agentes comunitarios, auxiliares y técnicos de enfermería han dado a la formación propuesta por el proyecto 'Caminos del Cuidado'. Además de ello, ella destaca la necesidad de registrar la aceptación del Proyecto por los diferentes municipios de ambos estados: "Ello, en nuestro entender, revela la percepción, por parte de los gestores, de la fragilidad de la red de salud en cuanto al abordaje, tratamiento y acompañamiento de los casos de salud mental, en especial los casos de uso abusivo de alcohol y otras drogas y, por lo tanto, la urgente necesidad de capacitación profesional".

"Los casos de uso abusivo de drogas trae a los profesionales y gestores del SUS el desafío de la construcción de acciones y estrategias conducentes con los distintos contextos y que respondan efectivamente a las necesidades de salud de esa clientela, considerando la universalidad del acceso, la integralidad del cuidado y el respeto a la autonomía y dignidad de las personas. El proyecto 'Caminos del Cuidado' sigue esa dirección", finaliza Pilar. ■



Sergipe invierte en la prevención de la mortalidad materna y neonatal

*Adaptación por Ana Beatriz de Noronha**

En los últimos veinte años, Brasil ha presentado una disminución continua en la tasa de mortalidad infantil. Según el 5º Informe Nacional de Evaluación de los Objetivos del Milenio (ODM), divulgado en mayo de este año por el gobierno nacional, el índice cayó de 53,7 muertes cada mil nacidos vivos en el 1990 para 17,7 en el 2011, con grande concentración en el período neonatal (hasta 27 días de vida). El informe confirma la tendencia identificada por una investigación del Ministerio de Salud que ya indicaba un índice de 19,3 muertes por cada mil nacidos vivos en el 2007.

La misma investigación mostraba que cerca del 70% de las muertes de recién nacidos en Brasil tienen causas evitables, como la falta de atención adecuada a la mujer en la gestación y en el parto y también al feto y al bebé. Otros factores que también influyen son la renta familiar, las dificultades de acceso a los servicios de salud y a la educación, la oferta de agua potable y saneamiento y el grado de información de las madres.

En el 2008, para intentar reducir el problema y asegurar la equidad en la Región de la Amazonia Legal (AL) y en el Nordeste (NE), el gobierno nacional estableció una agenda interministerial que priorizaba la reducción del analfabetismo, el fin del llamado “sub-registro civil” (cuando no se registra al recién nacido en el año de su nacimiento), el fortalecimiento de la Agricultura Familiar y la reducción de la mortalidad infantil. La coordinación de esta última estaba a cargo del Ministerio de Salud que estableció el Pacto por la Reducción de la Mortalidad Infantil en el Nordeste y en la Amazonia Legal, teniendo como meta una reducción en la tasa de mortalidad infantil de un mínimo del 5% hasta 2010.

Para lograrlo, el Ministerio, asociado a los gobiernos estatales, definió varias estrategias. Entre ellas, la Educación en Salud, con previsión de capacitación para más de 100 mil trabajadores – cerca de 65 mil profesionales en el Nordeste y 44 mil en la Amazonia Legal – que actúan en los equipos y Núcleos de Apoyo en Salud de la Familia, en maternidades, en Unidades de Tratamiento Intensivo Neonatales (Utin), en el Servicio de Atendimento Mueble de Urgencia (SAMU) y en la Vigilancia en Salud.

La Coordinación General de Acciones Técnicas en Educación en Salud, órgano ministerial involucrado en la educación profesional de trabajadores de nivel secundario, se encargó de la formación especializada en el área materno-infantil, concentrándose en la Atención Primaria en el prenatal y en el post-parto para los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y Asistentes y Técnicos en Enfermería (ATENf).

Las estructuras curriculares de los cursos fueron desarrolladas por representantes de las Escuelas Técnicas del Sistema Único de Salud (ETSUS) y de la Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de San Pablo (EERP/USP), en talleres organizados por la Secretaria de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud, en Brasilia. Asimismo, se definió que, basándose en los ejes temáticos identificados en los talleres, cada ETSUS desa-

Fotos: Acervo PMMN/ETSUS



Alumnas de la Maternidad São José (Municipalidad de Itabaiana), con el profesor Gustavo Ávila Dias.

rollaría el proyecto de los cursos de modo a contemplar las especificaciones locales.

En el estado de Sergipe, la Secretaria Estadual de Salud (SES), asociada a la Fundación Estadual de Salud (Funesa), inició el proceso de capacitación de los Equipos de Salud de la Familia (ESF) en noviembre del 2009. Por intermedio de la ETSUS del estado, fueron capacitados 1007 ACS y 171 ATEnf de los equipos de salud de la familia. En 2010, asistentes y técnicos de enfermería de las maternidades públicas del estado participaron del Curso de Perfeccionamiento de la Prevención de la Mortalidad Materna e Infantil.

Sin embargo, aunque el estado de Sergipe presente una reducción media anual del 1,72% en la tasa de mortalidad materna e infantil, cayendo de 28,7 por mil en el 2001 para 14,95 por mil en el 2010, la reducción de la morbimortalidad materna e infantil todavía sigue siendo un gran desafío.

Texto original: ‘Relato de Experiência: curso de prevenção da mortalidade materna e neonatal’ (“Relato de Experiencia: curso de prevención de la mortalidad materna y neonatal”) (Brasil). Disponible en el sitio de RETS (www.rets.epsjv.fiocruz.br), en ‘Biblioteca’.

Autores:

- **Maria Luiza Caldas** (Escuela Técnica del SUS - Sergipe): Especialista en Gestión de Salud Pública y de la Familia, Analista Educacional y Referente Técnica del Núcleo Pedagógico para el Curso Técnico en Enfermería.
- **Alessandro Augusto Soledade Reis** (Escuela Técnica del SUS - Sergipe): Psicólogo, Especialista en Gestión de Salud Pública y de la Familia, Especialista en Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud (EAD), Coordinador General.

En el 2013, 51 trabajadores más capacitados

Creada en agosto del 2011, la **Rede Cegonha (Red Cigüeña)** se establece como estrategia para la implementación de una red de cuidados capaz de asegurar a las mujeres y a los niños asistencia humanizada y de calidad, por medio de la mejora del cuidado en salud, de la mejora en las relaciones de trabajo y de la garantía de derechos de acceso a las mejores prácticas disponibles y recomendadas con evidencias científicas. Como estrategia, la Red Cigüeña prevé la realización de varias acciones.

Una de ellas, el Curso de Perfeccionamiento en Prevención a la Mortalidad Materna y Neonatal (PMMN), fue previsto en el Plan de Reducción de la Mortalidad Infantil de **Sergipe** y en Plan Anual de Actividades del 2012 de ETSUS. Su objetivo es aportar a la mejora del cuidado en salud y a la implementación de las buenas prácticas de atención a la mujer en trabajo de parto, las cuales deben ser incorporadas en lo cotidiano de los servicios o incluidas en nuevos procedimientos de trabajo, buscando la reducción de los índices de mortalidad materna e infantil en el estado y, en consecuencia, en el país.

La meta del 2013 era capacitar a 51 Asistentes y Técnicos en Enfermería de las maternidades públicas del Sistema Único de Salud en Sergipe – 19 de la Maternidad Amparo de Maria (Municipalidad de Estância), 15 de la Maternidad Zacarias Júnior (Municipalidad de Lagarto) y 17 de la Maternidad São José (Municipalidad de Itabaiana) – con el objetivo de desarrollar habilidades y actitudes en la identificación de riesgos obstétricos y neonatales y en el cuidado de enfermería de las mujeres embarazadas y en puerperio y de los recién-nacidos. Para participar del curso, fueron seleccionados trabajadores que no habían participado de las capacitaciones realizadas en el 2009 y en el 2010.

Construcción colectiva: primordial para el éxito de la propuesta

A partir de esa demanda, la ETSUS, por intermedio de la coordinación del curso, empezó a desarrollar la propuesta con la participación de representantes del área técnica de la SES y con gestores o referentes técnicos de las maternidades seleccionadas. Se estableció un calendario de reuniones para apreciación y alineamiento de la propuesta del curso, además de la presentación de la propuesta desarrollada en la Comisión Integración Enseñanza Servicio (CIES) de la SES y para aprobación en el Colegiado Interfederativo Estadual (CIE), que, en Sergipe, es lo mismo que el Colegiado Bipartite (CIB).

El siguiente paso fue acordar con los trabajadores y gestores en servicio y realizar una investigación para identificar el perfil de los Asistentes y Técnicos en Enfermería de las maternidades públicas de la capital (Aracaju) y del estado. La investigación permitió el desarrollo de un plan de curso adecuado al perfil del público destinatario y también generó informaciones relevantes sobre la participación de aquellos profesionales en cursos de capacitación orientados hacia sus procedimientos de trabajo.

El material didáctico fue desarrollado por una docente autora, contratada por intermedio de un proceso selectivo simplificado a cargo de la Coordinación de Gestión Editorial (Coged) de Funesa, con orientación de la Coordinación de Curso y participación de referente técnica de la Línea de Cuidados en Salud de los Niños de SES. El material, dividido en dos módulos – cuestiones teóricas y prácticas – utiliza la propuesta de metodologías activas de aprendizaje de Paulo Freire. “El objetivo es desarrollar en los alumnos, por intermedio de una relación dialógica, ac-

Estrategia del Ministerio de la Salud de Brasil que busca implementar una red de cuidados para asegurar a las mujeres el derecho al planeamiento reproductivo y la atención humanizada al embarazo, al parto y al puerperio, así como asegurar a los niños el derecho al nacimiento seguro y al crecimiento y desarrollo saludables. Su finalidad es estructurar y organizar la atención en salud materno-infantil en el país y su implementación, gradual, será realizada por intermedio de criterios epidemiológicos, considerando la tasa de mortalidad infantil y la proporción de mortalidad materna, como también la densidad poblacional



El estado de Sergipe es una de las 27 unidades federativas de Brasil. Está en la región Nordeste y tiene como límites el océano Atlántico al este y los estados de Bahia, al oeste y a sur, y el de Alagoas al norte, del cual está separado por el Río São Francisco. Su capital y ciudad más grande es Aracaju. Menor de los estados brasileiros, ocupa un área total de 29 915,116 km², poco más grande que Israel, y tiene cerca de 2,3 millones de habitantes.

titudes de reflexión crítica sobre determinados temas, a partir de las prácticas concretas de la salud, considerando sus determinantes y límites y buscando la interacción con las exigencias de su trabajo”, explican Maria Luiza Caldas y Alessandro Augusto Soledade Reis, de ETSUS.

El curso fue montado con carga horaria de 40 horas distribuidas en seis turnos de seis horas, con actividades de concentración, y un turno de cuatro horas para actividades de dispersión, en horarios conformes al procedimiento laboral de los Asistentes y Técnicos en Enfermería. Las clases fueron dictadas en las mismas maternidades e, inicialmente estaba prevista la creación de dos grupos distintos, para no comprometer la asistencia prestada en cada unidad. Posteriormente, se optó por armar solo un grupo. “El soporte de la gestión local en la liberación del espacio adecuado a la propuesta metodológica y el esfuerzo en garantizar la participación de los funcionarios fue fundamental”, dicen los autores.

ETSUS, por intermedio de Funesa, se encargó de los docentes, de los equipos multimedios y de los materiales de apoyo, también del transporte para los docentes y para el equipo técnico y de la merienda para los participantes del curso. Todos los participantes recibieron certificados al finalizarlo.

Evaluación continua para asegurar la calidad del curso

Hubo una evaluación continua del Curso de PMMN, como cuenta Maria Luiza: “Se fueron realizando varios en-

cuentros al largo del proceso de desarrollo de esa propuesta, con participación de las áreas técnicas de SES y de Funesa/ESUS”. “Como el equipo estaba comprometido en asegurar la calidad de las acciones en todas sus etapas y en completar los objetivos propuestos en su proyecto, esos momentos fueron percibidos como espacios privilegiados para el alineamiento entre el Proyecto Político Pedagógico (PPP) de ETSUS y la organización del curso”, complementa.

“En ese sentido”, destaca Alessandro, “el uso de las Metodologías Activas en todas las actividades programadas contribuyó de manera significativa a la dinamización y la discusión de los contenidos programáticos, permitiendo una evaluación procesual, continua y reflexiva de los grupos, valorizados como sujetos sociales y constructores del conocimiento, en una relación dialógica entre discentes y docentes”.

Al final del curso, los alumnos también recibieron una encuesta con preguntas abiertas y cerradas, con indicación de conceptos excelente, bueno, regular, malo e inadecuado para los varios aspectos y dimensiones a evaluarse. “Nuestra intención era poder identificar la opinión de los participantes sobre cada componente del curso, consolidando esas informaciones de modo que ellas pudieran orientar la realización de los próximos cursos a ofertarse. Todos los participantes del curso respondieron al instrumento de evaluación”, destacan Maria Luiza y Alessandro.

Resultados muestran que el esfuerzo dio frutos

Las metodologías utilizadas en las actividades desarrolladas fueron consideradas excelentes por 65% de los participantes. 30% las consideraron buenas. A ninguno le parecieron malas o inadecuadas.

Según 67% de los participantes las actividades prácticas y experiencias compartidas en los grupos fueron excelentes; para 28%, buenas; y para 5%, regulares.

El tiempo previsto para el desarrollo de las acciones educativas fue considerado “excelente” por 50% de los participantes y “bueno” por 45% de ellos. Los otros 5% lo consideraron “regular”.

La calidad, el lenguaje y la clareza del material didáctico ofrecido fueron consideradas “excelentes” por 27% de los participantes. El concepto “bueno” fue atribuido por 20% de los alumnos y solamente 8% lo consideraron “regular”.

La coherencia del contenido programático con los objetivos del curso recibió una de las mejores evaluaciones. Según 82% de los participantes, ese aspecto fue excelente. Para los otros 18%, el concepto fue “bueno”.

La evaluación de los docentes en relación al conocimiento del contenido programático repitió los mismos porcentuales: 82% de los alumnos no hicieron ninguna crítica y el 18% consideró que era “bueno”. “Hay que hacer hincapié al hecho de que entre todos los procedimientos necesarios para la realización del curso de PMMN, la contratación de docentes con el perfil apropiado para mi-

nistrarlo fue la que más demandó atención por parte de la coordinación”, dice Alessandro. Según él, ellos se preocuparon en asegurarse de que los contratados dominaran tanto los temas relacionados directamente a lo esencial para la realización de buenas prácticas en los procesos de trabajo como los aspectos éticos involucrados en las relaciones cotidianas de los profesionales en capacitación.

Para el 75% de los participantes, la organización del curso fue excelente; el 25% la consideró buena.

El instrumento de evaluación propuesto por la escuela incluía preguntas abiertas en las cuales los alumnos podían expresar libremente sus opiniones personales sobre aspectos varios del curso. Al destacar lo que más les gustó del curso, los alumnos menciona-



Grupo de la Maternidad Zacarias Júnior (Municipalidad de Lagarto), con la profesora Itamara Damázio.

ron, entre otros aspectos, la adecuación del mismo a la realidad local; y la oportunidad de adquirir conocimientos que pueden mejorar los procedimientos de trabajo, darles más seguridad laboral y proporcionar perfeccionamiento personal. “Del conocimiento que obtuve porque, a partir de ahora, voy a mejorar en mi trabajo”, escribió uno de los participantes.

De los asuntos tratados en el curso, se sugirió profundizar o rever algunos en otras acciones: gestantes y recién nacidos diabéticos; vacunación y gestantes de alto riesgo; banco de leche; enfermedades que traen complicaciones para el parto y para el recién nacido, entre otros. Para componer la discusión de las temáticas, los alumnos sugirieron: aborto y ETS; ETS y salud de la mujer; embarazo de riesgo, reanimación neo natal y conducta de enfermería en el preparto (qué corresponde a los asistentes y a los técnicos), y también como las leyes se aplican a su ejercicio profesional.

“El curso fue muy bueno, estuvo a la altura de mis expectativas, me saqué muchas dudas, descubrí algunas cosas que ni sabía que existían. El cuerpo docente fue muy bueno, y no dejaron dudas. El material muy explicativo. Para mí fue muy beneficioso”, sintetizó una de las alumnas. “Fue muy útil para mi conocimiento y para pasar informaciones a las madres y a otros compañeros que no tuvieron la oportunidad de hacer el curso”, destacó otra.

Algunos puntos a considerar

Según los autores, la actividad de dispersión, con carga horaria de cuatro horas, ejecutada por los discentes en el intervalo entre los módulos I y II, cerrando así, una carga horaria total de 40 horas de curso, fue una propuesta muy oportuna para que los participantes establecieran una relación entre enseñanza y servicio y llevaran sus experiencias para la sociabilización con los grupos.

Para ellos, aunque la meta de capacitar a 51 asistentes y técnicos de enfermería no haya sido alcanzada en su totalidad, el resultado fue considerado muy bueno. “Logramos llegar a 78% de la meta inicial, con la capacitación de 40 trabajadores”, justifica Maria Luiza.

Ella explica que, por diferentes motivos, ninguna de las maternidades contempladas cerró el 100% de las vacantes ofertadas. En algunas hubo desinterés por parte de los profesionales en vías de jubilarse. Otro problema fue la existencia de trabajadores con otros vínculos funcionales en otros espacios, lo que los impedía de estar presentes en los horarios pactados para encuentros. “Conviene destacar que ningún participante abandonó el curso después de iniciado”, agrega Alessandro.

En su relato, los autores destacan algunos aspectos que dificultaron la realización de las acciones previstas como: el no cumplimiento por parte de los gestores de lo que fue pactado; la dificultad de que los profesionales atiendan a los concursos y procesos de selección realizados; la indisponibilidad de esos profesionales para los turnos pretendidos por la escuela; el desconocimiento de la propuesta teórico-metodológica indicada por la escuela por parte de los docentes involucrados y la consecuente necesidad de capacitación de esos docentes, lo que implicó en gastos extras; la indisponibilidad y la dificultad de adhesión de los docentes-autores a la dinámica de desarrollo de los materiales didácticos; el tiempo de creación del material didáctico superior al previsto por los cursos.

Sin embargo, reconocen la importancia de detallar los puntos fuertes de la iniciativa. “Creo que no podemos dejar de nombrar el acuerdo con los trabaja-



Alumnas de la Maternidad Amparo de Maria (Municipalidad de Estância), con la profesora Monalisa Guimarães Santos.

dores y gestores para la realización del curso; la descentralización del curso, lo que permitió bajo índice de absentismos; la agilidad encontrada en los procesos de contratación por intermedio de publicación de concursos, de procesos selectivos, de acreditación de profesionales realizados por Funesa; la propuesta teórico-metodológica utilizada y la disponibilidad del equipo de la escuela para la realización de capacitación pedagógica de los nuevos docentes; y la existencia de una Coordinación de Gestión Editorial en Funesa para el desarrollo de materiales didácticos en asociación a los docentes autores”, completa Maria Luiza.

Según los autores, la participación de varios equipos distintos en la organización y en la ejecución del Curso de PMMN también significó, en algunos momentos, un desafío para la construcción colectiva del proceso. Sin embargo, el compromiso de todos en búsqueda de calidad en las acciones fue constante y ayudó a superar las dificultades. “Eso quedó claro cuando vimos el grado de satisfacción de los participantes y gestores locales. No tenemos duda de que los participantes del curso están mejor preparados para intervenir en sus procesos de trabajo y, en consecuencia, en la mejoría de los servicios prestados a los usuarios del Sistema Único de Salud”, aseguran Maria Luiza y Alessandro. ■

EPSJV celebra 10 años como Centro Colaborador de la OMS

Miembro y actual Secretaría Ejecutiva de RETS, la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) celebró el día 27 de agosto, 29 años de fundación (completados el 19 de agosto) y 10 años como Centro Colaborador de la Organización Mundial de Salud (OMS) para la Educación de Técnicos en Salud. La designación de la EPSJV como Centro Colaborador de la OMS, en 2004, fue fundamental para la reactivación de la RETS. En el año siguiente, a pedido de la Organización Panamericana de la Salud (Opas/OMS), la Escuela pasó a ser sede de la secretaría ejecutiva de la RETS, que estaba desactivada desde 2001. La programación del evento incluyó conferencias, debates, presentación musical y lanzamiento de libros.

La importancia de la escuela en la formación de los trabajadores técnicos de la salud fue recordada en la mesa de apertura del evento, formada por el presidente de Fiocruz, Paulo Gadelha; el director de la EPSJV, Paulo César de Castro Ribeiro; y Roberta Santos, representando a la Opas/OMS. “La Escuela es una de las relaciones más largas que tenemos como centro colaborador. Desde 2004, la escuela actúa de manera fuerte y tuvo importantes conquistas”, enfatizó Roberta. El presidente de Fiocruz, también hizo hincapié de destacar el papel de la Escuela en el ámbito de la formación técnica en salud: “El trabajo hecho por la EPSJV es el de siempre reinventar con gran densidad y reconocimiento nacional e internacional”, afirmó, recordando que, en los procesos de cooperación, siempre es necesario pensar en la globalización y en las contradicciones que la acompañan localmente. “Estamos haciendo ello de manera muy intensa, cuando creemos que toda cooperación debe ser estructuradora y horizontal”, destacó. ■

Nuevo miembro: citotécnicos de Brasil ya tienen representación en la Red



En octubre de este año, RETS pasó a contar con un miembro brasileño más: la Asociación Nacional de Citotecnología (Anacito). Fundada en 2009, la Asociación es una organización sin fines rentables, cuyo principal objetivo es congregarse profesionalmente y científicamente a los técnicos de nivel medio o superior actuantes en el área de la citotecnología promoviendo el intercambio técnico científico entre sus asociados e instituciones congéneres, ya sean de carácter público, privado, no gubernamental nacional o internacional.

La Anacito ya realizó dos jornadas internacionales, una estatal y un congreso, y junto a organismos gubernamentales. Además de ello, participó de la definición de mapas de competencias profesionales en el Programa de Formación de Profesionales de Nivel Medio para la Salud (Profaps), de la elaboración de la ordenanza que instituyó la Cualificación Nacional en Citopatología en la prevención del cáncer del cuello del útero (QualiCito) y de la inserción, por primera vez en el país, del citotécnico como una ocupación reconocida por el Ministerio del Trabajo y Empleo.

La citotecnología surgió a partir de la necesidad de apoyar y expandir la realización de la prueba de Papanicolaou. Hoy los profesionales de esa área son responsables por la elaboración de laudos técnicos que apoyan el diagnóstico de gran número de enfermedades, como el cáncer, por ejemplo, en muestras de prácticamente todo el cuerpo humano. Según la presidente de la Asociación, Simone Evaristo, la citotecnología es un campo en constante movimiento, que evoluciona y acompaña los cambios provenientes del desarrollo de nuevos conocimientos, procedimientos y tecnologías en todo el mundo. “El diagnóstico citopatológico establecido por la microscopia de campo claro, hoy ya se acerca de los análisis en nivel molecular”, afirma.

Para conocer más sobre la Anacito, acceda al sitio (www.anacito.com.br). ■

Publicaciones

Libro discute la cobertura universal de salud para el desarrollo sostenible e inclusivo



Las metas de la cobertura universal de salud (UHC, del inglés universal health coverage) son para garantizar que todos puedan tener acceso a los servicios de salud de calidad y para proteger todas las

personas de los riesgos para la salud pública y del empobrecimiento en virtud de la enfermedad.

Este libro sintetiza las experiencias de 11 países - Bangladesh, Brasil, Francia, Etiopía, Ghana, Indonesia, Japón, Perú, Tailandia, Turquía y Vietnam - en la implementación de políticas y estrategias para alcanzar y sostener la cobertura universal. El estudio examinó las políticas UHC para cada país en torno de tres temas comunes: (i) la política, economía y proceso político para la adopción, alcance y sostenibilidad; (ii) las políticas de financiación de la salud para mejorar la cobertura de salud; e (iii) los recursos humanos para las políticas de salud para la realización UHC. Disponible en el sitio web del Banco Mundial en (www.elibrary.worldbank.org > search > Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies)

Formación técnica en Citopatología es portada de la revista RET-SUS



La formación técnica en Citopatología apuntando el protagonismo del profesional técnico en el control del cáncer, a partir de la actuación

en los laboratorios de citopatología es el tema de la edición de agosto de la revista RET-SUS. Ésta es la última con periodicidad mensual, pues las próximas serán bimestrales. La publicación cuenta la historia del Atlas de Citopatología Ginecológica, una recopilación realizada por el Programa de Formación de Profesionales de Nivel Medio para la Salud (Profaps), de entre otras novedades en esta área.

Un relato sobre la formación técnica en salud bucal, en el momento que el Programa Brasil Sonriente completa 10 años, también está presente en la publicación. Los lectores tendrán acceso a las alternativas que las escuelas de la Red encontraron para asegurar la continuidad de acciones a lo largo de ese tiempo. La revista está disponible en portugués en www.retsus.fiocruz.br > revista ret-sus > todas las ediciones.

Fuerza de trabajo en salud: OMS y GHWA preparan nueva estrategia global post-2015

Por Julia Neves

En 2006, la Organización Mundial de Salud eligió la fuerza de trabajo como tema de su informe ‘Colaboraremos por la salud’. El texto reafirmaba la importancia de los trabajadores del sector, que muchos afirman ser el corazón y el alma de los sistemas de salud, y alertaba al mundo sobre los principales problemas referentes a la cuestión que afecta principalmente los países más pobres: escasez de profesionales en innumerables áreas, formación inadecuada a las necesidades de los sistemas nacionales de salud y mala distribución en los países y en el mundo de esos trabajadores, entre muchos otros. El documento también inauguró una década dedicada al asunto, en la cual las autoridades mundiales de salud, los gobiernos nacionales, organismos multilaterales, asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales y agencias de fomento se vienen movilizándose para intentar superar los desafíos identificados.

En 2014, en una de las resoluciones aprobadas en la 67ª Asamblea Mundial de Salud, realizada en mayo, los países solicitaron que la OMS desarrollara una Estrategia Global sobre Recursos Humanos para la Salud, que se presentará al Consejo Ejecutivo en enero de 2016 y, será colocada en la pauta de la 69ª Asamblea Mundial, en mayo del mismo año.

La resolución refleja la preocupación de los países para identificar un nuevo conjunto de metas globales de desarrollo para el período 2016-2030, los denominados Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), en sustitución a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que marcaron el período 2000-2015. En ese sentido, según la Alianza Global para la Fuerza de Trabajo en Salud (GHWA, del inglés Global Health Workforce Alliance), las discusiones iniciales para la elaboración de una estrategia global sobre los recursos humanos para la salud en ese momento pueden ser muy oportunas, pues pueden influenciar algunas decisiones sobre la agenda del desarrollo post-2015. Por otro lado, la definición política de esas metas y objetivos más amplios también proveen recomendaciones concretas e ideas sobre cómo conseguir establecer medidas en un nivel más técnico.

A fin de proveer a la OMS recomendaciones que puedan auxiliar la redacción final de la Estrategia, la GHWA está divulgando una pequeña apostilla sobre la consulta en curso y publicó ocho documentos temáticos de referencia y un documento adicional sobre Salud Pública para apoyar un amplio proceso de consulta que involucrará organizaciones, instituciones e individuos, en varias ocasiones y por distintos medios, hasta el inicio de

Según el Informe Mundial de Salud de 2006, trabajadores de salud son “todas las personas empeñadas en acciones cuya intención es mejorar la salud”, lo que según la OMS incluye médicos, enfermeras y parteras, pero también técnicos de laboratorio, profesionales de salud pública, agentes comunitarios de salud, farmacéuticos, y todos los demás trabajadores de apoyo, cuya principal función está relacionada con la prevención, promoción o atención a la salud. El personal de salud trabaja normalmente en colaboración con el personal del servicio social, área responsable por garantizar el bienestar y protección de la porción más desfavorecida de la población. Una integración más fuerte entre las fuerzas de trabajo de la salud y del servicio social también puede mejorar los cuidados de largo plazo para la población más anciana.

2015. La consulta con los miembros de la GHWA ocurrió por Internet, de 24 de septiembre a 24 de noviembre de este año. La apostilla y los textos están disponibles sólo en inglés en el sitio de la Alianza (www.who.int/workforcealliance).

La GHWA también está realizando una llamada de artículos para una nueva serie temática del periódico Human Resources for Health (HRH). La serie ‘Inversión en recursos humanos para la salud: impacto sobre los resultados en la salud y más allá’, que reunirá temas relacionados con la salud y el impacto socioeconómico más amplio de inversiones de personal de salud. La publicación de esa serie de investigaciones y sus resultados también serán considerados como parte de los esfuerzos para el desarrollo de la Estrategia Global sobre Recursos Humanos para la Salud. El plazo final para envío de los artículos es el 28 de febrero 2015. ■

Más informaciones en: www.human-resources-health.com/about/update/investment

(1) Los factores de cambio en los mercados de trabajo en salud (The drivers of change in health labour markets); (2) El papel de la educación transformativa (The role of transformative education); (3) Los datos y medición de HRH disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Data and measurement of HRH availability, accessibility, acceptability and quality); (4) Responsabilidad y alineación para el post-2015: los papeles y responsabilidades de estatales y no estatales (Accountability and alignment for post-2015: the roles and responsibilities of state and non-state actors); (5) Liderazgo, gobernanza y alineación de políticas en los sistemas de salud público / privado (Leadership, governance and policy alignment in public/ private health systems); (6) Los motores del cambio en los Estados Frágiles (The drivers of change in Fragile States); (7) Mejorar la productividad y desempeño: los roles de regulación, las asociaciones y las normas profesionales (Improving productivity and performance: the roles of regulation, professional associations and standards); (8) Con base en la capacidad humana hacia más allá del sector de la salud (Building on human capability beyond the health sector); (Texto complementario) ¿Cuáles son los profesionales de salud y las implicaciones de servicio del Cuadro Global para la Salud Pública? (What are the health workforce and service implications of the Global Framework for Public Health?)

Educación de técnicos en salud: una atención especial a los currículos (final)

Por Ana Beatriz de Noronha

Iniciada en la revista RETS 16, esa serie de materias abordó la cuestión de los currículos en la formación de los técnicos en salud. La idea fue utilizar, a lo largo de cuatro ediciones de la revista, la disertación del máster del profesor e investigador de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) Carlos Eduardo Colpo Batistella para destacar la relevancia del tema.

Con ayuda de Batistella, tratamos de innúmeros aspectos y vertientes que pueden ser objeto de reflexión y discusión por parte de aquellos que se interesan por el asunto y que no ven el currículo como una mera herramienta organizacional y de búsqueda de eficiencia, como preconizan las abordajes tecnicistas, pero que lo consideran un importante espacio de disputas y de relaciones de poder.

Políticas curriculares: ¿cómo queda la cuestión de la identidad?

Según el profesor, situar un determinado currículo de formación profesional en el ámbito de las políticas curriculares es el primer paso para comprender la forma que el mismo aborda la cuestión de la identidad. Por esa razón, él presenta en su trabajo una breve introducción a las distintas concepciones de política curricular existentes entre los investigadores del campo del currículo.

Para Batistella, aún cuando nos apoyamos en las teorías post-estructuralistas y creemos que las identidades sociales son formadas y transformadas continuamente en la relación con los sistemas sociales, no podemos negar la fuerte influencia de los currículos en su constitución. “A la medida en que el currículo puede ser entendido como un espacio y tiempo en la cual ocurre una determinada selección de la cultura y que la cultura puede ser vista como el lugar donde los significados son producidos, queda claro que él siempre será un espacio de disputa, de conflictos y de relaciones de poder, en torno de la proyección de identidades sociales”, enfatiza.

Por todo ello, el currículo ha asumido una posición central en las reformas educacionales contemporáneas. Además de ello, el estudio de las políticas curriculares se hizo frecuente en los programas de post-grado en educación en Brasil. “Algunos levantamientos muestran que las investigaciones son básicamente de dos tipos: las que tratan de analizar lo que determina y cuáles son las orientaciones político-ideológicas de las iniciativas de gobierno y las que tratan de identificar las discrepancias existentes entre lo que es propuesto por el gobierno y lo que de hecho es implementado por las escuelas”, completa Batistella, recordando que, en ese caso, las investigaciones sirven básicamente para dos propósitos: cuestionar las políticas oficiales con relación a la práctica y cuestionar las prácticas con relación a su alejamiento de la política oficialmente establecida.

Según él, algunos autores que investigaron disertaciones y tesis con foco en las propuestas y prácticas curriculares apuntan que la mayor parte de los análisis de políticas curriculares consideran la construcción curricular como un proceso político que guarda poca o ninguna relación con la actuación de profesores e investigadores, es decir, como un producto exclusivo de la acción oficial, que se manifiesta en la forma de leyes, propuestas curriculares, políticas de evaluación y acciones de financiación. Ese tipo de interpretación, como destaca Batistella en su trabajo, tiende en considerar las políticas como acciones que, viniendo de arriba hacia abajo, termina manifestándose de forma homogénea en todos los sistemas educacionales.

Otra vertiente menos determinista y más relacional, considera las políticas como producción no sólo de los gobiernos, pero de la cultura en sí, es decir, de innúmeros sujetos y grupos sociales que se enfrentan y luchan en diferentes locales y situaciones para que

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. *Tensões na constituição de identidades profissionais a partir do currículo: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), 2009. disponible en: www.arca.fiocruz.br.

sus propuestas se materialicen en los textos curriculares en determinado tiempo y espacio en una sociedad. En esa visión es posible concebir la política curricular como el resultado de procesos de negociación complejos que agrega tanto a la producción de normas y leyes como a la elaboración de los documentos curriculares y el trabajo de los profesores en sala de clases, haciendo transitar continuamente los sentidos entre el ámbito político y el ámbito educacional. “El principal cambio en ese enfoque es el rechazo de las interpretaciones que restringen la política curricular a los límites del poder central, más específicamente a las acciones centralizadas por el Estado”, resume Batistella, agregando: “Al circular por las distintas secretarías de estado y municipios, escuelas y editoras, las políticas curriculares terminan siendo producidas y reproducidas en un permanente movimiento de reinterpretación”.

Re-contextualización y ciclo de políticas

Según el sociólogo inglés Basil Bernstein (1924-2000), en la transferencia de políticas entre los distintos países, en la apropiación de políticas de agencias multilaterales por parte de gobiernos nacionales, en la transferencia de políticas del poder central de un país a los demás niveles de gobierno y desde ellos hacia las escuelas y a los textos de apoyo, siempre hay una valoración diferenciada de los diferentes fragmentos de los textos de las políticas, que

“Para mí, toda la investigación es investigación crítica. Pero supongo que una definición podría ser la investigación que tiene el poder y la justicia social como conceptos clave. Por lo tanto, una perspectiva crítica es una necesidad ineludible si estamos tratando de entender cómo funciona el poder, porque sólo se puede abordar el poder desarrollando un sentido de sus efectos y sus insuficiencias. Y, cuando abordamos el poder, siempre preguntamos cómo las personas se constituyen, se producen de manera diferente. Lo que se excluye por el trabajo en relación con el poder? Esto a menudo lleva a la pregunta sobre la justicia social.”

Stephen Ball*

se terminan modificando en virtud de nuevas asociaciones, re-significación y re-focalización. En ese contexto, según él, los elementos del discurso a legitimarse en cada contexto siempre dependerán de las relaciones de poder históricamente constituidas.

Para Bernstein, hay dos campos re-contextualizadores principales que luchan por ese control y que ocupan posiciones opuestas y complementarias: el primero, constituido por las universidades, institutos de investigación y editoras, en el cual actúan pedagogos, profesores y consultores; y el otro, de carácter más oficial, en el cual predomina la actuación del Estado por medio de sus organismos, instituciones y especialistas.

En ese sentido, es posible decir que el discurso pedagógico se apropia tanto del discurso de instrucción de los especialistas basado en las ciencias de referencia, como del discurso regulativo que trata de definir valores y principios pedagógicos y tiene base ideológica.

El proceso de re-contextualización siempre ocurre que un texto cambia de contexto, es descontextualizado, reposicionado y re-focalizado por medio de simplificación, condensación y reelaboración. Es en ese movimiento de re-contextualización que los diversos campos – internacional, académico, cultural, económico y de producción – buscan influenciar e imponer sus sentidos al discurso corriente.

Según Batistella es esa incesante dinámica de re-significación que nos permite considerar las políticas curriculares como políticas culturales capaces de orientar determinados desarrollos simbólicos, crear consensos sobre una determinada orden o promover una transformación social. “Para ello, las políticas curriculares tratan de legitimar algunos discursos específicos, mientras simultáneamente, se legitiman a partir de discursos legitimados en otros contextos”, complementa Batistella, llamando la atención para los límites que hay en ese proceso de re-significación: el proceso de hibridación de los discursos no significa que todo y cualquier sentido pueda ser atribuido a los textos de las políticas curriculares; no todo objeto cultural se deja hibridar; y los autores de las políticas no pueden controlar todos los sentidos que serán dados al texto posteriormente.

Según el investigador en el análisis de los procesos de re-contextualización deben ser considerados los contextos de producción y de lectura de los textos, una vez que, muchas veces, puede no haber condiciones históricas para la construcción de una autonomía en relación a los textos del poder central. En ese caso, puede haber una gran dificultad de ser realizadas lecturas distintas de las que traen los textos.

En su trabajo, Batistella también destaca la noción de ciclo de políticas del profesor e investigador de la Universidad de Londres Stephen Ball. “Ball rechaza modelos de política educacional que consideran distintas las fases de formulación e implementación. Él propone que las políticas deben ser comprendidas como un ciclo continuo, en el cual pueden ser observados tres contextos primarios de acción pública y privada: el contexto de influencia, el contexto de producción de los textos de las políticas y el contexto de la práctica”, explica.

“El contexto de influencia es aquel en el cual las definiciones políticas son iniciadas y los discursos políticos son construidos. El contexto de producción de los textos de las políticas casi siempre presenta una relación simbiótica con el anterior. El contexto de la práctica, a su vez, sería aquel en el cual, más que implementada o no, la política es recreada por los procesos de re-contextualización”, complementa.

Batistella cita también al educador brasileño Jefferson Mainardes, un gran estudioso de la teoría de Ball, a quien los tres contextos están interrelacionados, no tienen una dimensión temporal o secuencial y no son etapas lineales. Para Mainardes, como dice Batistella,

“cada uno de esos contextos presenta arenas, lugares y grupos de interés y cada uno de ellos involucra disputas y embates”.

Siendo así, es posible considerar el contexto de influencia como aquel donde ocurren las disputas entre varios grupos de interés que tratan de influenciar la definición de las finalidades sociales de la educación. En ese sentido, vale recordar que, las influencias globales e internacionales en la formulación de las políticas nacionales ocurren, por lo menos, de dos maneras distintas. La primera de ellas se refiere a los flujos de ideas, resultantes del ‘préstamo de políticas’ y del mercado político y académico de periódicos, libros conferencias etc. La segunda está relacionada al ‘patrocinio’ o imposición de ‘soluciones’ ofrecidas y recomendadas por las agencias multilaterales.

En el contexto de producción son establecidas las relaciones de poder que involucran los procesos de elaboración de los textos oficiales, leyes, regulaciones y dictámenes. De esa forma, la disputa entre las fuerzas políticas que actúan históricamente en ese campo deja sus marcas en el texto en virtud de acuerdos, incorporaciones, supresiones. La implementación de ese texto, por otro lado, está sujeta a limitaciones y posibilidades.

Por fin, el contexto de la práctica sería aquel en el cual la política es reinterpretada y recreada, produciendo efectos y consecuencias capaces de producir cambios y transformaciones significativas en la política original. “En ese contexto, que representa un espacio más de re-contextualización, las políticas son relacionadas al conjunto de historias, experiencias, valores y propósitos de las escuelas y de los profesores, como también a las políticas y fuerzas en el nivel local”, agrega Batistella, para finalizar, destacando que, esa nueva relación define qué fragmentos serán rechazados, seleccionados, ignorados, mal entendidos y replicados. ■

* ‘Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional’ (Jefferson Mainardes e Maria Inês Marcondes. Educ. Soc. [online]. 2009, vol.30, n.106, pp. 303-318). Disponible, en portugués, en: <http://www.scielo.br/pdf/es/v30n106/v30n106a15.pdf>

Agentes Comunitarios de Salud en Brasil: en búsqueda de la profesionalización con calidad

Por *Julia Neves*

En 1978, la **declaración de Alma-Ata** propuso la institución de servicios locales de salud centrados en las necesidades de la población y fundados en una perspectiva interdisciplinaria involucrando médicos, enfermeros, parteras, auxiliares y agentes comunitarios, como también la participación social en la gestión y control de sus actividades. Con el compromiso de salud para todos – una meta a ser alcanzada por medio de la atención primaria a la salud y de la participación comunitaria – los países comienzan a establecer cambios en su modelo de atención a la salud.

Es en ese contexto surge la primera experiencia brasileña con el uso de Agentes Comunitarios en Salud (ACS) en una estrategia abarcadora de salud pública estructurada. La iniciativa desarrollada en el estado de Ceará en 1987, tenía el doble objetivo de crear oportunidad de empleo para las mujeres en el área de la sequía y, al mismo tiempo, contribuir para la reducción de la mortalidad infantil priorizando la realización de acciones de salud de la mujer y del niño. La estrategia se expandió cuando en 1991, el Ministerio de Salud institucionalizó el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), cuyo intuito era proporcionar a la población brasileña el acceso y la universalización de la atención a la salud, descentralizando las acciones por medio de visitas domiciliarias realizadas por ACS. El trabajo realizado por esos agentes junto a los equipos de salud ganó aun más importancia y visibilidad cuando en 1994, el Ministerio de Salud establece el Programa Salud de la Familia, actual **Estrategia de Salud de la Familia**, como política nacional de atención básica con carácter organizativo y sustitutivo, haciendo frente al modelo tradicional de asistencia primaria basada en profesionales médicos especialistas focales.

Reconocimiento de la profesión y lucha por la formación adecuada

Fueron más de diez años de reivindicación por una formación profesional específica desde que los ACS comenzaron a actuar en el PACS en 1991. En la época, para ser un agente, bastaba tener más de 18 años, disponibilidad de horario y saber leer y escribir. La formación de los ACS, a su vez, no tenía un estándar definido y, muchas

Formulada en 1978, durante la Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios de Salud, reunida en Alma-Ata en la República del Kazajstán, la Declaración pide urgencia a los gobiernos, y a las demás entidades y organizaciones, la declaración defiende la promoción de la salud como una de las prioridades de la nueva orden económica internacional y enfatiza la importancia de la atención primaria en salud como elemento clave para una promoción de salud de carácter universal. Según los países signatarios de la Declaración, la meta ‘Salud para todos en el año 2000’, considerado como tema de la conferencia, sólo podría ser alcanzada por medio del fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud, considerada por la OMS como “una atención a la salud esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente comprobadas y socialmente aceptables, cuyo acceso sea garantizado a todas las personas y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación”.

La Estrategia de Salud de la Familia tiene en vista la transformación del modelo asistencial centrado en la atención de emergencia al enfermo, en la mayoría de las veces en grandes hospitales para un modelo de atención basado en la familia y en el territorio en que las personas viven, y en una comprensión ampliada del proceso salud/enfermedad. El programa incluye acciones de promoción de la salud, prevención, recuperación, rehabilitación de enfermedades y agravamientos más frecuentes.

veces, ni existía formalmente. En 2002, la Ley nº 10.507 creó la profesión y determinó que los ACS trabajarían exclusivamente del ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), debiendo vivir en el área de actuación, tener enseñanza básica completa (nueve años de enseñanza) y presentar resultado satisfactorio en el curso de calificación básica para la formación de ACS, cuyo plan de estudios debería ser establecido por el Ministerio de Salud. Además de ello, estableció también que, los ACS que ya actuaban como tal en la fecha de la publicación de la ley, tendrían reconocimiento profesional automático, aunque no hubiese concluido la enseñanza básica. Según la Ley, correspondería al Agente Comunitario de Salud el ejercicio de actividad de prevención de enfermedades y promoción de la salud, mediante acciones domiciliarias o comunitarias, individuales o colectivas, desarrolladas en conformidad con las directrices y los principios establecidos y bajo supervisión del gestor distrital, municipal, estatal o federal del SUS.

Las discusiones sobre el perfil de formación de ese trabajador, caracterizada

por un largo proceso de disputas y embates políticos e ideológicos, resultaron en la construcción de los Referenciales Curriculares para un curso Técnico de ACS, aprobado en 2004, por medio del Dictamen 19 del Consejo Nacional de Educación. Con esa medida, el Curso Técnico en ACS pasa a integrar el Catálogo Nacional de Cursos Técnicos.

Según el Ministerio de Educación (MEC), el Técnico en ACS debe tener visión sistémica del medio ambiente, salud y seguridad, actuando de forma independiente e innovadora. En la perspectiva de promoción, prevención y protección de la salud, ese técnico tiene funciones distintas como: la orientación y acompañamiento de familias y grupos en sus domicilios y el encaminamiento de los mismos a los servicios de salud; mapeo y registro de datos sociales, demográficos y de salud, consolidando y analizando las informaciones obtenidas; participación, con los equipos de salud y la comunidad, de la elaboración, implementación, evaluación y reprogramación del plan de acción local de salud. Además de ello, el Técnico en ACS debe participar y movilizar a la población para las reuniones de los Consejos de Salud, identificar individuos o grupos que demandan cuidados especiales, sensibilizando a la comunidad para la convivencia, y trabajar en equipo en las unidades básicas del SUS, promoviendo la integración entre la población atendida y los servicios de atención básica a la salud.

En 2006, ya con base en los cambios anteriores, se publica la Ley 11.350, que revoca la anterior, y define como requisito para los ACS, además de la enseñanza básica completa, la conclusión con aprovechamiento del curso introductorio de formación inicial y continuada, compuesto por tres etapas y carga horaria mínima total de 1200 horas. La idea es que durante ese recorrido formativo, todos los ACS pudieran concluir la enseñanza básica y la enseñanza media, totalizando los 12 años de enseñanza considerados prerequisites para la obtención del título de técnico.

A pesar de las innumerables victorias conquistadas por los ACS en lo que se refiere a su profesionalización, aun hay algunos puntos críticos en esa lucha. En lo que dice respecto al curso de formación técnica, el gran problema es que el Ministerio de Salud destina a los municipios recursos solamente para la realización de la primera etapa del curso, quedando a cargo de los municipios la realización de las dos etapas siguientes, sin las cuales el ACS no puede llegar a ser un técnico de nivel medio. Infelizmente, sólo algunos municipios y estados brasileños ya están promoviendo la formación técnica completa de esos agentes, que representan una porción significativa de la fuerza de trabajo del SUS, con cerca de 300 mil trabajadores en todo el país.

Una pequeña perspectiva de cambio de ese escenario surge con el lanzamiento en 2011, por el Ministerio de Educación, del Programa Nacional de Acceso a la Enseñanza Técnica y Empleo (Pronatec), cuyo objetivo es expandir, interiorizar y democratizar la oferta de formación de técnicos en el país por medio de la implantación de varios proyectos de incentivo y de la liberación de un gran monto de recursos financieros.

Valorización profesional por medio de la formación

En septiembre de este año, la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) formó su tercer grupo del curso de Educación Profesional de Nivel Técnico de ACS. Fueron 30 alumnos más que actúan en los municipios de Rio de Janeiro, en el cual trabajan cerca de cinco mil ACS, y de Duque de Caxias. El curso de la EPSJV engloba las dos etapas finales de la formación completa, en un total de 924 horas, y recibe alumnos que ya hayan concluido la primera etapa prevista en la [Escuela de Formación Técnica en Salud Enfermera Izabel dos Santos](#).

“Ofrecemos la segunda y tercera etapas del curso técnico, buscando desarrollar junto a los alumnos la comprensión del trabajo del agente comunitario como un fenómeno históricamente instituido en el contexto de una política pública de Estado, que interviene en cuestiones sociales, económicas y culturales y actúa como sujeto político en la construcción del SUS”, explica Mariana Lima Nogueira, profesora de la EPSJV y coordinadora del curso. Según ella, la formación propuso desarrollar la comprensión y la acción de prácticas de educación en salud como motores de la reorientación del modelo de atención y de la conquista de la autonomía de la población.

El principal cambio del curso de este año para los demás fue el ingreso de alumnos por medio de un proceso de selección público, definido en conjunto por la Escuela y por el Sindicato de los Agentes Comunitarios de Salud de Rio de Janeiro (Sindacs-RJ). Uno de los criterios de selección fue el tiempo de actuación en el SUS.

La Escuela de Formación Técnica en Salud Enfermera Izabel dos Santos (ETIS) fue creada el 1º de noviembre de 1989, en el contexto de la Reforma Sanitaria Brasileña, en Rio de Janeiro. Su nombre homenajea a la enfermera Izabel dos Santos, una de las personas que más actuó en defensa de la calificación del trabajador de nivel técnico en salud en el país.



Foto: Mariana L. Nogueira



Foto: Mariana L. Nogueira



Foto: Mariana L. Nogueira



Foto: Mariana L. Nogueira



Foto: Monique Alcântara



Centrado en la idea de politécnica y en la perspectiva ampliada de salud traída por el SUS, el curso propone una educación politécnica mucho más allá de la mera formación instrumental para el trabajo y reproducción de la desigualdad social, tiene en vista superar la fragmentación del conocimiento y con eso, estimular la creación de una sociedad justa, digna e igualitaria. En ese sentido, considera al profesional como protagonista en la producción del conocimiento en salud y valoriza la articulación permanente entre el conocimiento general (teórico) y conocimiento aplicado (práctica).

Durante todo el tiempo del aprendizaje, los alumnos desarrollaron procesos de investigación. Además de ello, promovieron acciones de planificación, desarrollo y evaluación de las prácticas en salud en conjunto con el equipo de Salud de la Familia y las comunidades en las cuales están insertados, reconociendo y valorizando las atribuciones y roles de cada actor, y fortaleciendo la integralidad como bases de las acciones de cuidado, promoción y vigilancia en salud. “El curso técnico encuentra justificación en la ne-

cesidad de defensa del acceso al derecho a la educación que todos los trabajadores deberían usufructuar. Lo que agrega es esencial para el fortalecimiento de la identidad profesional del agente comunitario de salud y el reconocimiento de la importancia de ese trabajo para la Política Nacional de Atención Básica y para un SUS público y universal”, destacó Mariana.

Para la alumna Aparecida de Paula Viana, que actúa hace 14 años en un Centro Municipal de Salud, el curso despertó no sólo el deseo de un conocimiento más profundo y extenso, pero también de construir un SUS con calidad y universalidad. “Ello rescató en mí la rebeldía de no querer ser apenas más una profesional que sigue el flujo, trayendo de vuelta el deseo y el sueño perdido de hacer la diferencia en mi comunidad. Esa formación es muy importante en mi vida y para la valorización de mi categoría profesional. Muchos creen que estamos nos formando técnicos para trabajar más y para que acumulemos funciones ejercidas por otros profesionales. En la verdad, el curso valoriza lo que ya sabemos y hacemos. Somos profesiona-

les complejos, fundamentales y exclusivos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y del SUS”, afirmó la técnica.

Pero no es apenas en el ámbito personal de cada ACS que el curso busca traer cambios. Él también representa una iniciativa vital para la continuidad del proceso de valorización de esos trabajadores, que constituyen la base del sistema de salud en Brasil, y para la organización y el empeño de los ACS en la lucha por sus derechos laborales y mejores condiciones de trabajo. Como explicó el ACS y vicepresidente del Sindacs-RJ, Wagner Souza, durante la clase inaugural del curso, en abril, el Sindicato no se hace sólo, él depende de la categoría unida para luchar.

“Mientras nuestra categoría esté fragmentada, no vamos a conseguir nada”, dijo Wagner, destacando aun la dificultad del Sindicato de comunicarse como los agentes por cuenta de la dispersión de las unidades de salud por el municipio. “Tenemos que movilizarnos para mejorar esa situación y para que tengamos un representante de los ACS en cada unidad de salud para hacer la interlocución con el Sindicato”, afirmó. ■