

**Fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde:
desenvolvimento das capacidades de profissionais de
saúde que atuam no primeiro nível de atenção:
os técnicos de saúde**

**Informe de consultoria correspondente à Carta Acordo SCON2024-00290
firmada entre FIOTEC e Opas/OMS**



**Fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde:
desenvolvimento das capacidades de profissionais de saúde
que atuam no primeiro nível de atenção:
os técnicos de saúde**

**Informe de consultoria correspondente à Carta Acordo SCON2024-00290
firmada entre FIOTEC e Opas/OMS**

Autores:

Opas

Gabriel Listovsky
Isabel Duré

EPSJV/Fiocruz

Carlos Batistella
Isabella Koster
Gabriel Muntaabski
Fernando de Oliveira Santoro
Rachel Guimarães Vieira Pitthan
Vladimir Andrei Rodrigues Arce
Michelle Trancoso
Sara Silva dos Santos
Cecília Nayane do Souza Viana

Rio de Janeiro, 28/4/2026

Sumário

Lista de abreviaturas	06
Lista de Gráficos	08
Lista de Tabelas	11
Lista de Quadros	13
Lista de Figuras	15
Resumo Executivo	16
1. Introdução	
1.1. O contexto da investigação	29
1.2. Objetivos	30
2. Percurso metodológico	31
2.1. Descrição das etapas	32
2.1.1 Revisão Bibliográfica e Documental	32
2.1.1.1. <i>Revisão Documental</i>	32
2.1.1.2. <i>Revisão Bibliográfica</i>	38
2.1.2. Inquérito Online	45
2.1.3. Estudo qualitativo sobre a utilização do CVSP/Opas por parte das/os Técnicas/os em Saúde	51
2.2. Aspectos Éticos	56
2.3. Limites da Investigação	59
3. Resultados	
3.1. Atenção Primária à Saúde	
3.1.1. Abordagens conceituais	64
3.1.2. Marcos da Atenção Primária à Saúde em países da América Latina	66
3.1.2.1. <i>Diversidade de Sistemas ou Redistribuição de Tensões: Uma Comparação Regional</i>	73
3.1.2.2. <i>Desafios e perspectivas</i>	73
3.1.3. Configuração da APS nos países	74
3.1.3.1. <i>Estabelecimentos</i>	75
3.1.3.2. <i>Locais e áreas de atuação</i>	79
3.1.3.3. <i>Atividades</i>	84

3.1.4. Conclusões	94
3.2. Os técnicos em saúde da APS	
3.2.1. Uma discussão conceitual	97
3.2.2. Quem são os técnicos que atuam na APS da América Latina?	103
3.2.2.1. <i>Panorama regional: revisão de literatura</i>	103
3.2.2.2. <i>Panorama regional: perfis mais frequentes</i>	106
3.2.2.3. <i>Panorama regional: áreas de atuação e níveis de formação</i>	110
3.2.2.4. <i>Panoramas nacionais</i>	115
3.2.3. A formação dos técnicos em saúde	137
3.2.3.1. <i>A formação dos técnicos na revisão de literatura</i>	137
3.2.3.2. <i>Formação Inicial</i>	141
3.2.3.3. <i>Escolarização mínima exigida para o exercício das atividades dos técnicos em saúde no país</i>	143
3.2.3.4. <i>Natureza das instituições em que formam os técnicos em saúde</i>	144
3.2.3.5. <i>Existência de programas ou atividades de Educação Permanente direcionadas aos técnicos em saúde</i>	146
3.2.3.6. <i>Nível de acesso/participação das/os técnicas/os em saúde da APS aos programas ou atividades de Educação Permanente</i>	147
3.2.3.7. <i>Oferta de formação ou capacitação para a própria categoria profissional</i>	148
3.2.3.8. <i>Iniciativa mais buscada pelos técnicos em saúde quando sentem necessidade de atualização</i>	148
3.2.3.9. <i>Acesso à tecnologia com conectividade para a formação em ambientes virtuais de aprendizagem</i>	149
3.2.3.10. <i>Dispositivo mais utilizado para acessar ambientes virtuais de aprendizagem</i>	150
3.2.3.11. <i>Acesso ao CVSP</i>	151
3.2.3.12. <i>Matrícula em curso no CVSP</i>	152
3.2.4. Vínculos e Condições de Trabalho	153
3.2.4.1. <i>Revisão de literatura</i>	153
3.2.4.2. <i>Relação e vínculos de trabalho</i>	157
3.2.4.3. <i>Condições de trabalho</i>	162
3.2.5. Conclusões	173

3.3. O Campus Virtual de Saúde Pública e os técnicos em saúde	
3.3.1. Marco teórico do estudo qualitativo sobre a utilização do CVSP por parte dos técnicos em saúde	177
3.3.2. Utilização do CVSP por técnicos de saúde na América Latina: Análise qualitativa de entrevistas	182
<i>A. Políticas Nacionais e relação com o Estado</i>	183
<i>B. Sistema de saúde e estrutura da força de trabalho técnica</i>	187
<i>C. Fatores facilitadores do uso do CVSP</i>	190
<i>D. Fatores dificultadores do uso do CVSP</i>	193
<i>E. Comportamentos de uso dos técnicos de saúde</i>	197
<i>F. Boas práticas (Estratégias locais bem-sucedidas)</i>	200
<i>G. Pandemia como fator estrutural</i>	204
<i>H. Sugestões dos entrevistados</i>	206
3.3.3. Recomendações de comunicação e design para o desenvolvimento de cursos autoadministrados para Técnicos em Saúde	207
3.3.3.1. <i>Matriz Avaliativa</i>	208
3.3.3.2. <i>Categoria Comunicacional: Design Responsivo</i>	208
3.3.3.3. <i>Categoria Comunicacional: Usabilidade</i>	209
3.3.3.4. <i>Categoria Comunicacional: Interatividade</i>	210
3.3.3.5. <i>Categoria Comunicacional: Intertextualidade</i>	211
3.3.3.6. <i>Categoria Pedagógica: Currículo</i>	211
3.3.3.7. <i>Categoria Pedagógica: Avaliação</i>	213
3.3.3.8. <i>Categoria Pedagógica: Didática/Design Instrucional</i>	214
3.3.4. Conclusões	216
4. Considerações Finais	218
5. Referências	220
6. Anexos	237
7. Apêndices	238

Lista de abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AECID	Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
AUS	Aseguramiento Universal en Salud (PER)
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CENITS	Centro Nacional de Informações do Trabalho em Saúde (BRA)
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (BRA)
CVSP	Campus Virtual de Saúde Pública
EBAIS	Equipos Basicos de Atención Integral en Salud (CRI)
ECOS	Equipos Comunitarios de Salud Familiar (SLV)
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Estratégia de Saúde da Família (BRA)
FIOTEC	Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
IA	Inteligência Artificial
INSABI	Instituto de Saúde para o Bem-Estar (MEX)
ISAGS	Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
ISCED	International Standard Classification of Education
ISCO	International Standard Classification of Occupations
MAIS	Modelo de Atención Integral en Salud (PER)
MAIS-FCI	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (ECU)
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitária (NIC)
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
Opas	Organização Panamericana de Saúde
PAHO	Pan American Health Organization
PAHOERC	PAHO Ethics Review Committee
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
RETS	Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde
RIETS	Rede Ibero-americana de Educação de Técnicos em Saúde
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural (BOL)

SNS Sistemas Nacionais de Saúde
SUS Sistema Único de Saúde (BRA)
UNESCO Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

Lista de Gráficos

Gráfico 01: Percepção sobre a subordinação das atribuições e práticas das/os Técnicas/os em Saúde à outra/o profissional - 2025	93
Gráfico 02: Tipo de formação inicial recebida pelos técnicos em saúde, segundo técnicos de países latino-americanos, 2025	141
Gráfico 03: Tipo de formação inicial recebida pelos técnicos em saúde, segundo técnicos de países latino-americanos, 2025 (sem Equador)	141
Gráfico 04: Natureza das instituições que, majoritariamente, se formam os técnicos em saúde de países latino-americanos, segundo os técnicos em saúde	144
Gráfico 05: Percepção de técnicos em saúde e especialistas da APS sobre a existência de programas e atividades de educação permanente voltadas aos técnicos em saúde no país	146
Gráfico 06: Percepção de técnicos em saúde da APS sobre a existência de programas e atividades de educação permanente voltadas aos técnicos em saúde no país	146
Gráfico 07: Percepção de especialistas da APS sobre a existência de programas e atividades de educação permanente voltadas aos técnicos em saúde no país	146
Gráfico 08: Percepção de técnicos e especialistas em APS sobre o nível de acesso/participação dos técnicos às atividades de Educação Permanente em Saúde em países latino-americanos, 2025	147
Gráfico 09: Percepção de especialistas em APS sobre o nível de acesso/participação dos técnicos às atividades de Educação Permanente em Saúde em países da América Latina	147
Gráfico 10: Percepção de técnicos em saúde sobre o nível de acesso e participação dos técnicos às atividades de Educação Permanente em Saúde em países da América Latina	148
Gráfico 11: Disponibilidade de acesso a tecnologias com conectividade para formação em ambientes virtuais de aprendizagem entre técnicos e especialistas em APS	149
Gráfico 12: Disponibilidade de acesso a tecnologias com conectividade para formação em ambientes virtuais de aprendizagem entre especialistas em APS.	149
Gráfico 13: Disponibilidade de acesso a tecnologias com conectividade para formação em ambientes virtuais de aprendizagem entre técnicos em saúde.....	150
Gráfico 14: Dispositivo mais utilizado pelos técnicos em saúde para acessar ambientes virtuais de aprendizagem	150

Gráfico 15: Acesso de técnicos e especialistas em APS ao Campus Virtual de Saúde Pública da Opas	151
Gráfico 16: Acesso de especialistas em APS ao Campus Virtual de Saúde Pública da Opas	151
Gráfico 17: Acesso de técnicos em saúde ao Campus Virtual de Saúde Pública da Opas	151
Gráfico 18: Frequência de acesso de técnicos em saúde ao site do Campus Virtual de Saúde Pública da Opas	152
Gráfico 19: Frequência de realização de cursos no CVSP por técnicos em saúde e especialistas em APS, 2025	152
Gráfico 20: Frequência de realização de cursos no CVSP por especialistas em APS, 2025	153
Gráfico 21: Frequência de realização de cursos no CVSP por técnicos em saúde, 2025	153
Gráfico 22: Forma principal de vínculo com o trabalho na APS dos técnicos em saúde da própria categoria profissional, segundo os técnicos em saúde, 2025..	157
Gráfico 23: Forma principal de vínculo com o trabalho na APS dos técnicos em saúde da própria categoria profissional, segundo os técnicos em saúde de 19 países latino-americanos selecionados, 2025	158
Gráfico 24: Forma principal de vínculo com o trabalho na APS dos técnicos em saúde da própria categoria profissional, segundo os técnicos em saúde da Colômbia, 2025	158
Gráfico 25: Vínculo empregatício mais comum entre os técnicos que atuam na APS de países latino-americanos, segundo os técnicos em saúde	160
Gráfico 26: Percepção do vínculo empregatício mais comum entre os técnicos em saúde da própria categoria profissional do respondente, segundo níveis de formação	161
Gráfico 27: Percepção das condições de trabalho dos técnicos em saúde de países latino-americanos, por especialistas em APS, 2025	163
Gráfico 28: Percepção das condições de trabalho dos técnicos em saúde de países latino-americanos, por especialistas em APS, 2025 – excluindo o Equador	163
Gráfico 29: Conforto e segurança do ambiente físico do trabalho da própria categoria profissional, segundo técnicos em saúde de países latino-americanos, 2025	164
Gráfico 30: Conforto e segurança do ambiente físico do trabalho dos técnicos da própria categoria, segundo agentes e auxiliares do Brasil	164

Gráfico 31: Percepção de técnicos em saúde sobre a disponibilidade de ferramentas e recursos necessários para o desempenho das tarefas dos técnicos da própria categoria profissional	164
Gráfico 32: Percepção de agentes e auxiliares sobre a disponibilidade de ferramentas e recursos necessários para o desempenho das tarefas dos técnicos da própria categoria profissional	165
Gráfico 33: Percepção de técnicos em saúde sobre a adequação dos espaços para a realização do trabalho	165
Gráfico 34: Percepção dos técnicos em saúde sobre a iluminação e ventilação para a realização do trabalho	165
Gráfico 35: Percepção de técnicos em saúde sobre a disponibilidade de equipamentos de proteção individual necessários para a realização do trabalho	165
Gráfico 36: Acesso a direitos trabalhistas de perfis de técnicos em saúde selecionados, de acordo com a percepção de especialistas em APS de países latino-americanos, 2025	167
Gráfico 37: Percepção de especialistas em APS do acesso à regulamentação do exercício profissional de perfis técnicos selecionados em países latino-americanos, 2025	169
Gráfico 38: Percepção do acesso à políticas voltadas para a qualificação das condições de trabalho de perfis técnicos selecionados, em países latino-americanos, 2025, segundo de especialistas em APS	170
Gráfico 39: Percepção de especialistas em APS sobre o acesso a entidades representativas, associativas ou de regulamentação profissional de perfis de técnicos em saúde latino-americanos selecionados, 2025	172

Lista de Tabelas

Tabela 01: Tipos de estabelecimentos que compõem a APS da América Latina, segundo a opinião das/os respondentes especialistas e técnicas/os em saúde – 2025	78
Tabela 02: Locais/áreas de atuação das/os técnicas/os em saúde na APS por países da América Latina, segundo a opinião das/os respondentes de nível técnico – 2025	82
Tabela 03: Locais/áreas de atuação das/os técnicas/os em saúde na APS por países da América Latina sem a participação do Equador, segundo a opinião das/os respondentes de nível técnico – 2025	83
Tabela 04: Atividades realizadas pelas/os técnicas/os em saúde da APS por país, segundo a opinião das/os respondentes de nível técnico – 2025	91
Tabela 05: Denominações de técnicos abordados no Brasil conforme número de citações nos textos incluídos	104
Tabela 06: Denominações de técnicos abordados nos demais países da América Latina conforme número de citações nos textos incluídos	105
Tabela 07: Frequência e percentual de ocorrência entre os países de perfis profissionais selecionados – cuidadores de idosos, técnicos superiores em gerontologia e técnicos superiores em biotecnologia	134
Tabela 08: Frequência e percentual de ocorrência entre os países de perfis profissionais selecionados – agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento, técnica/os de enfermagem obstétrica, técnica/o superior em obstetrícia, parteiras e doulas	136
Tabela 09: Tipo de formação predominante das/os técnicas/os em saúde, segundo especialistas em APS de países latino-americanos, 2025	142
Tabela 10: Grau de escolarização mínima exigida para o exercício das atividades dos técnicos no país, por área de atuação selecionada, segundo especialistas em APS	144
Tabela 11: Natureza das instituições em que, majoritariamente, se formam os técnicos em saúde em países da América Latina, segundo os técnicos em saúde	145
Tabela 12: Principal forma de vínculo de trabalho na APS se sete áreas de atuação técnica selecionadas, segundo especialistas em APS, em países latino-americanos, 2025	159
Tabela 13: Avaliação das condições de trabalho das/os técnicas/os de sua categoria profissional que atuam na APS, segundo níveis de formação.....	162

Tabela 14: Percepção de técnicos em saúde de cinco países selecionados sobre a adequação dos espaços de trabalho, iluminação/ventilação e disponibilidade de equipamentos de proteção individual necessários para a realização do trabalho	166
Tabela 15: Percepção de agentes e auxiliares de cinco países selecionados sobre a adequação dos espaços de trabalho, iluminação/ventilação e disponibilidade de equipamentos de proteção individual necessários para a realização do trabalho	166
Tabela 16: Percepção de técnicos médios de cinco países selecionados sobre a adequação dos espaços de trabalho, iluminação/ventilação e disponibilidade de equipamentos de proteção individual necessários para a realização do trabalho	167
Tabela 17: Acesso a direitos trabalhistas de perfis de técnicos em saúde selecionados, de acordo com a percepção de especialistas em APS de cinco países latino-americanos, 2025	168
Tabela 18: Percepção de especialistas da APS sobre o acesso à políticas voltadas para a qualificação das condições de trabalho de técnicos em saúde de países latino-americanos selecionados, 2025	171
Tabela 19: Percepção de especialistas em APS sobre o acesso a entidades representativas, associativas ou de regulamentação profissional de perfis de técnicos em saúde e países latino-americanos selecionados, 2025	172

Lista de Quadros

Quadro 01: Atividades e objetivos correlacionados da pesquisa – 2025.....	32
Quadro 02: Denominações de Técnicas/os em Saúde registradas no CVSP/Opas, utilizadas na revisão de literatura – 2026	39
Quadro 03: Denominações de Técnicas/os em Saúde em inglês registradas no ISCO-08, utilizadas na revisão de literatura – 2026	41
Quadro 04: Delimitação das/os Trabalhadoras/os Comunitárias/os segundo os diferentes perfis de ocupações/denominações de Técnicas/os em Saúde – 2026.....	103
Quadro 05: Técnicos que atuam na Atenção Primária à Saúde da América Latina: quadro regional por frequência e níveis de formação de perfis profissionais, 2025	107
Quadro 06: Distribuição da frequência dos técnicos em saúde indicada no inquérito por áreas de atuação:	110
Quadro 07: Distribuição da frequência dos técnicos em saúde indicada no inquérito por níveis de formação	110
Quadro 08: Frequência e percentual de perfis de técnicos em saúde por áreas de atuação e níveis de formação	111
Quadro 09: Perfis mais prevalentes de técnicos que atuam na APS de países latino-americanos, de acordo com a opinião de técnicos e graduados do próprio país (sete mais indicados)	117
Quadro 10: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde do Equador, segundo nível de formação, na opinião de 1319 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:	118
Quadro 11: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde da Colômbia, segundo nível de formação, na opinião de 269 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:	119
Quadro 12: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde da Argentina, segundo nível de formação, na opinião de 186 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito	120
Quadro 13: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde do Brasil, segundo nível de formação, na opinião de 167 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito	121
Quadro 14: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde do México, segundo nível de formação, na opinião de 156 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito	122

Quadro 15: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde do Chile, segundo nível de formação, na opinião de 64 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito	123
Quadro 16: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde do Peru, segundo nível de formação, na opinião de 50 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito	124
Quadro 17: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde do Paraguai, segundo nível de formação, na opinião de 46 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito	125
Quadro 18: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde da Guatemala, segundo nível de formação, na opinião de 41 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito	126
Quadro 19: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde de El Salvador, segundo nível de formação, na opinião de 36 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito	127
Quadro 20: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde de Honduras, segundo nível de formação, na opinião de 35 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito	128
Quadro 21: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde da Venezuela, segundo nível de formação, na opinião de 23 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito	129
Quadro 22: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde da República Dominicana, segundo nível de formação, na opinião de 19 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito	130
Quadro 23: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde do Uruguai, segundo nível de formação, na opinião de 18 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito	131
Quadro 24: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde da Costa Rica, segundo nível de formação, na opinião de 17 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito	132
Quadro 25: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde da Bolívia, segundo nível de formação, na opinião de 12 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito	133

Lista de Figuras

Figura 1: Fluxograma da Revisão da Literatura desenvolvida 44

Figura 2: Resumo do processo de construção do *dashboard* – 2026 51

Resumo Executivo

Fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde: desenvolvimento das capacidades de profissionais de saúde que atuam no primeiro nível de atenção: os técnicos de saúde

Contexto da investigação

A integração e cooperação entre os países da América Latina no campo da saúde enfrentam desafios estruturais persistentes, entre os quais se destaca a dificuldade de harmonização da formação, certificação e regulação profissional dos trabalhadores da saúde. Essa problemática assume particular complexidade quando se analisa o segmento dos técnicos em saúde, cuja heterogeneidade conceitual, formativa e ocupacional constitui um obstáculo significativo à produção de conhecimento sistematizado e à formulação de políticas públicas regionais consistentes.

O informe de pesquisa evidencia que, apesar de os técnicos representarem a maior parcela da força de trabalho em saúde na região, persiste uma lacuna significativa de conhecimento acerca de sua identidade profissional, atribuições, inserção institucional e condições de trabalho. Essa invisibilidade relativa se manifesta tanto no plano acadêmico quanto nos sistemas de informação em saúde, dificultando a construção de indicadores comparáveis e limitando a capacidade de planejamento estratégico dos sistemas nacionais.

Nos últimos anos, iniciativas lideradas por organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde, buscaram fortalecer os sistemas de informação em recursos humanos em saúde, com o objetivo de gerar dados mais robustos e comparáveis. No entanto, essas iniciativas ainda não foram suficientes para superar as assimetrias existentes, especialmente no que se refere ao segmento técnico.

Nesse contexto, o Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP) emerge como uma ferramenta estratégica para a ampliação da educação permanente em saúde. Sua proposta de oferecer cursos gratuitos, autoadministrados e acessíveis por meio de tecnologias digitais posiciona o CVSP como um instrumento potencialmente democratizador do acesso ao conhecimento.

Entretanto, os dados da pesquisa anterior indicam que o acesso ao CVSP é desigual entre as diferentes categorias profissionais. Enquanto médicos e enfermeiros ampliaram significativamente sua participação na plataforma, os técnicos em saúde permanecem sub-representados, evidenciando a existência de barreiras estruturais, institucionais e tecnológicas que limitam seu acesso.

A partir de 2023, com financiamento da Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID), foi implementada uma iniciativa voltada especificamente a ampliar o alcance do CVSP junto aos técnicos em saúde que atuam no primeiro nível de atenção. Essa iniciativa se estruturou em duas etapas complementares:

- Uma análise quantitativa dos usuários do CVSP, com foco no perfil e nas trajetórias formativas
- Uma investigação qualitativa voltada à identificação e caracterização dos técnicos que atuam no primeiro nível de atenção e das estratégias políticas, pedagógicas e comunicacionais que favorecem a adesão dos técnicos aos cursos do CVSP;

Objetivos

O objetivo central do estudo consiste em fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde da América Latina por meio do desenvolvimento das capacidades dos técnicos em saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS).

Para alcançar esse objetivo, o estudo buscou:

- Reconhecer e caracterizar os técnicos em saúde que atuam no primeiro nível de atenção;
- Identificar suas trajetórias formativas, atribuições e condições de trabalho;
- Analisar os fatores que influenciam seu acesso à educação permanente;
- Compreender os fatores que explicam as diferenças de desempenho no uso do CVSP entre países (altos e baixos usuários de cursos por parte dos técnicos);
- Analisar como os sistemas de saúde, a governança do nodo e as condições de trabalho dos técnicos facilitam ou dificultam o acesso ao CVSP;
- Identificar boas práticas e sugestões formuladas por referências nacionais e da OPAS para fortalecer a oferta formativa para técnicos de saúde.

Parcerias institucionais e articulações regionais

O desenvolvimento do estudo contou com a articulação de múltiplas instituições, destacando-se:

- Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)
- Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP)
- Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz)
- Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS)

Essa rede de cooperação foi fundamental para viabilizar o alcance regional do estudo, permitindo a integração de diferentes fontes de dados e perspectivas analíticas. Além disso, a participação de redes como a RETS e a RIETS possibilitou o acesso a informantes-chave e a mobilização de participantes para o inquérito online, contribuindo para a capilaridade da pesquisa.

Percurso Metodológico

Abordagem geral da pesquisa

A pesquisa se configura como um estudo exploratório de natureza qualitativa, orientado à compreensão de um objeto ainda pouco sistematizado: os técnicos em saúde que atuam na APS na América Latina.

A escolha de uma abordagem exploratória se justifica pela necessidade de ampliar o conhecimento sobre o tema, permitindo a identificação de padrões, lacunas e tendências que possam orientar investigações futuras e subsidiar a formulação de políticas públicas.

O estudo não possui caráter multicêntrico nem envolveu coleta de dados presencial, sendo desenvolvido por meio de estratégias indiretas de investigação, combinando revisão documental, análise bibliográfica e coleta de dados primários via inquérito online.

Delimitação geográfica e seleção dos países

Foram incluídos 19 países da América Latina, selecionados com base em critérios de relevância institucional e participação em redes regionais:

Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

A inclusão de Belize, apesar de sua língua oficial ser o inglês, foi justificada por sua inserção regional e pela presença significativa de população hispanofalante.

A exclusão de alguns países da análise do inquérito ocorreu por insuficiência de participantes, embora tenham sido mantidos nas demais etapas da pesquisa.

Estrutura metodológica: duas atividades integradas

O estudo foi estruturado em duas grandes atividades:

Atividade 1 – Mapeamento dos técnicos em saúde

Objetivo: caracterizar os técnicos em saúde na APS

Metodologias:

- ▶ Revisão bibliográfica e documental
- ▶ Inquérito online

Atividade 2 – Análise de estratégias e boas práticas para o CVSP

Objetivo: identificar estratégias pedagógicas e comunicacionais eficazes

Metodologias:

- ▶ Análise comparativa de dados
- ▶ Entrevistas em profundidade
- ▶ Matriz avaliativa de cursos

Essa estrutura permitiu articular análise descritiva e proposição estratégica.

Revisão documental

A revisão documental constituiu um dos pilares do estudo, sendo conduzida com apoio de ferramentas de inteligência artificial, especialmente o SciSpace.

Estratégia de busca

A busca foi estruturada em três componentes:

1. Conceito de APS
2. Região geográfica
3. Temas relacionados (reformas, sistemas, políticas)

Foram realizadas buscas em múltiplas bases:

- SciSpace
- Google Scholar
- PubMed

Com cobertura temporal de 1978 a 2026, priorizando os últimos dez anos.

Revisão bibliográfica

A revisão bibliográfica foi conduzida como revisão de escopo, seguindo diretrizes do Joanna Briggs Institute.

Foram incluídos:

- Artigos científicos
- Teses e dissertações
- Documentos governamentais
- Relatórios de organismos internacionais

Ao final:

- 114 textos do Brasil
- 85 textos dos demais países

Totalizando uma base robusta para análise quali-quantitativa.

Inquérito online

O inquérito online constituiu a principal fonte de dados primários.

Estrutura do questionário

Organizado em seis blocos:

1. Perfil dos respondentes
2. Identificação dos técnicos
3. Caracterização da APS
4. Formação
5. Condições de trabalho
6. Atribuições

Amostragem

Método “bola de neve”, permitindo acesso a populações de difícil identificação.

Plataforma

REDCap®, com posterior análise em Power BI.

Construção do dashboard

Incluiu:

- Integração de dados multilíngues
 - Harmonização de categorias (ex: raça/etnia)
 - Ferramentas interativas para análise
-

Limites da investigação

O estudo reconhece limitações importantes:

- Desigualdade na produção científica entre países
- Dificuldade de acesso a documentos completos
- Heterogeneidade terminológica
- Limitações inerentes à amostragem não probabilística
- Limitações inerentes à disseminação via “bola de neve”

Apesar disso, a triangulação metodológica contribuiu para robustez dos resultados

Resultados

Atenção Primária à Saúde

Abordagens conceituais

A análise das abordagens conceituais da Atenção Primária à Saúde (APS) na América Latina evidencia um campo marcado por pluralidade teórica e heterogeneidade de interpretações, que refletem tanto a diversidade histórica dos sistemas de saúde quanto as distintas trajetórias de reforma sanitária nos países da região. O documento destaca que, embora exista uma base normativa comum ancorada na Declaração de Alma-Ata (1978) e nos desenvolvimentos subsequentes da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, a apropriação desses referenciais ocorre de forma diferenciada, gerando múltiplas configurações de APS.

Em sua formulação clássica, a APS é concebida como estratégia central para a organização dos sistemas de saúde, orientada por princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação social. No entanto, a análise do material documental revela que tais princípios são frequentemente reinterpretados em função de contextos nacionais específicos, resultando em modelos que variam desde sistemas altamente integrados até arranjos fragmentados e segmentados.

Observa-se, nesse sentido, a coexistência de três grandes tendências conceituais:

- Uma APS **abrangente e estruturante**, que organiza o sistema de saúde como um todo
- Uma APS **seletiva**, centrada em intervenções prioritárias e populações específicas
- Uma APS **assistencial restrita**, com funções limitadas ao atendimento básico

Essa diversidade conceitual não é meramente teórica, mas se traduz em diferenças concretas na organização dos serviços, na alocação de recursos e na definição do papel dos profissionais de saúde, especialmente dos técnicos.

Marcos da Atenção Primária à Saúde em países da América Latina

A análise dos marcos normativos e institucionais evidencia que a maioria dos países da região incorporou formalmente a APS como componente central de seus sistemas de saúde. No entanto, o grau de institucionalização e a efetividade dessas políticas variam significativamente.

Diversidade de sistemas ou redistribuição de tensões: uma comparação regional

O documento evidencia que a APS na América Latina se desenvolve em contextos marcados por tensões estruturais, incluindo:

- Dualidade entre sistemas públicos e privados
- Desigualdade na distribuição de recursos
- Fragmentação institucional
- Pressões decorrentes de reformas neoliberais

Essas tensões se manifestam na forma como os sistemas organizam o primeiro nível de atenção, influenciando diretamente a capacidade de coordenação do cuidado e a integração entre níveis assistenciais.

Países com maior tradição de sistemas públicos universais tendem a apresentar APS mais estruturadas, com maior capacidade de articulação territorial e integração de serviços. Em contrapartida, sistemas segmentados apresentam APS mais frágeis, frequentemente limitadas a funções assistenciais básicas.

Desafios e perspectivas

Entre os principais desafios identificados destacam-se:

- **Fragmentação dos sistemas de saúde**, que dificulta a continuidade do cuidado
- **Insuficiência de financiamento**, limitando a expansão e qualificação dos serviços
- **Desigualdade territorial**, com concentração de recursos em áreas urbanas
- **Baixa integração intersetorial**, reduzindo o impacto das ações de promoção da saúde

As perspectivas apontam para a necessidade de fortalecer a APS como eixo estruturante, por meio de políticas que articulem financiamento, formação de recursos humanos e governança institucional.

Configuração da APS nos países

Estabelecimentos

A APS na região é composta por uma ampla diversidade de estabelecimentos, incluindo unidades básicas de saúde, centros de atenção primária, postos comunitários e dispositivos territoriais. A distribuição desses estabelecimentos varia significativamente entre países, refletindo desigualdades históricas e socioeconômicas.

Locais e áreas de atuação

Os profissionais da APS atuam tanto em espaços institucionais quanto em territórios comunitários, evidenciando a importância das ações extramuros. Essa característica é

particularmente relevante para os técnicos em saúde, que frequentemente desempenham funções de interface entre os serviços e as comunidades.

Atividades

As atividades desenvolvidas na APS incluem:

- Atendimento clínico
- Promoção da saúde
- Prevenção de doenças
- Vigilância epidemiológica
- Educação em saúde

A diversidade dessas atividades exige equipes multiprofissionais e evidencia a centralidade dos técnicos no funcionamento cotidiano dos serviços.

Conclusões

A análise da APS revela que, apesar de seu reconhecimento normativo, persistem desafios estruturais que limitam sua efetividade. A heterogeneidade dos modelos e a fragmentação dos sistemas impactam diretamente o desempenho da APS e condicionam o papel dos técnicos em saúde.

Os técnicos em saúde da APS

Uma discussão conceitual

A definição de técnicos em saúde constitui um dos principais desafios analíticos do estudo. O documento identifica mais de 300 denominações distintas, evidenciando a fragmentação conceitual e a diversidade de perfis profissionais.

Essa diversidade reflete diferenças nos sistemas de formação, nas estruturas ocupacionais e nas políticas de regulação profissional, dificultando a construção de categorias comparáveis e a elaboração de políticas públicas regionais.

Quem são os técnicos que atuam na APS da América Latina?

Panorama regional: perfis mais frequentes

Os dados do inquérito indicam a predominância de perfis como:

- Agentes comunitários de saúde

- Técnicos e auxiliares de enfermagem
- Técnicos de laboratório
- Técnicos em saúde ambiental

Esses perfis apresentam alta frequência em múltiplos países, configurando um núcleo comum da força de trabalho técnica.

Áreas de atuação e níveis de formação

Os técnicos atuam em múltiplas áreas, incluindo cuidado direto, apoio diagnóstico, vigilância e ações comunitárias. Os níveis de formação variam desde formação básica até níveis técnicos superiores, refletindo a diversidade de sistemas educacionais.

Panoramas nacionais

O documento evidencia variações significativas entre países, tanto na composição da força de trabalho quanto nas políticas de formação e regulação. Essas diferenças refletem contextos institucionais específicos e condicionam o papel dos técnicos na APS.

A formação dos técnicos em saúde

A formação dos técnicos em saúde constitui um eixo central da análise, sendo abordada a partir de múltiplas dimensões:

- Formação inicial
- Escolarização mínima
- Natureza das instituições formadoras
- Educação permanente

O informe evidencia que a formação apresenta elevada heterogeneidade, com coexistência de modelos públicos e privados, e com variações significativas entre países.

A educação permanente emerge como um campo crítico, marcado por desigualdade de acesso e por baixa institucionalização. Muitos técnicos dependem de iniciativas individuais para sua atualização profissional.

O acesso à tecnologia constitui um fator relevante, sendo o telefone celular o principal dispositivo utilizado para formação em ambientes virtuais.

Vínculos e condições de trabalho

As condições de trabalho dos técnicos são marcadas por:

- Vínculos heterogêneos
- Baixa estabilidade
- Limitações de infraestrutura
- Acesso desigual a direitos trabalhistas

Esses fatores impactam diretamente a qualidade do trabalho e a permanência dos profissionais nos sistemas de saúde.

O CVSP/Opas e os técnicos em saúde

O capítulo 3.3 analisa de forma aprofundada o papel do Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP) como instrumento estratégico para a formação dos técnicos em saúde na América Latina, articulando evidências quantitativas e qualitativas para compreender não apenas os padrões de uso da plataforma, mas também as condições estruturais que possibilitam ou limitam sua efetividade.

Marco teórico do estudo qualitativo sobre a utilização do CVSP por parte dos técnicos em saúde

A análise do CVSP é situada em um campo teórico ampliado que ultrapassa a dimensão tecnológica ou pedagógica, incorporando contribuições da saúde pública, da teoria dos sistemas de saúde, da governança e das teorias da aprendizagem. O documento sustenta que a formação em saúde constitui um componente estruturante dos sistemas sanitários, sendo inseparável das políticas de recursos humanos e da capacidade de resposta dos serviços.

Nesse sentido, o CVSP não é compreendido como uma ferramenta isolada, mas como uma intervenção complexa que opera na interseção entre políticas públicas, governança institucional, condições estruturais do trabalho em saúde, desigualdades sociais e processos de inovação.

A partir da teoria da difusão de inovações e da pesquisa em implementação, argumenta-se que o desempenho do CVSP depende menos de sua qualidade intrínseca e mais das condições contextuais que permitem sua adoção, integração e sustentabilidade nos sistemas de saúde.

Utilização do CVSP por técnicos de saúde na América Latina: Análise qualitativa de entrevistas

O componente qualitativo do estudo teve como objetivo compreender as diferenças no uso do CVSP entre países e identificar fatores que influenciam o acesso dos técnicos à formação virtual. Para isso, foram realizadas entrevistas em profundidade com informantes-chave de diversos países da região, incluindo gestores, responsáveis pelos nodos do CVSP e especialistas em recursos humanos em saúde.

A análise foi estruturada a partir de dimensões analíticas que refletem a organização do próprio documento original:

Políticas nacionais e relação com o Estado

A existência de políticas explícitas de formação emerge como um fator determinante para o uso do CVSP. Países que incorporam o campus em suas estratégias de recursos humanos apresentam maior participação dos técnicos, enquanto contextos sem políticas claras tendem a depender da iniciativa individual dos profissionais. Além disso, destaca-se o papel dos nodos nacionais como instâncias mediadoras, responsáveis por traduzir a oferta regional em estratégias contextualizadas.

Sistema de saúde e estrutura da força de trabalho técnica

A organização dos sistemas de saúde influencia diretamente o acesso ao CVSP. Sistemas mais integrados e com maior valorização dos técnicos tendem a favorecer a participação em atividades formativas, enquanto sistemas fragmentados limitam esse acesso.

Essa dimensão evidencia que o desempenho do CVSP está diretamente associado à forma como a força de trabalho técnica é estruturada e reconhecida institucionalmente.

Comportamentos de uso dos técnicos de saúde

A análise evidencia forte heterogeneidade no uso do CVSP entre países e ao longo do tempo. A pandemia de COVID-19 aparece como um ponto de inflexão, ampliando significativamente a utilização da plataforma e consolidando a formação virtual como prática legítima nos sistemas de saúde.

No período pós-pandêmico, observa-se uma redução relativa em relação ao pico, mas mantendo níveis superiores ao período prévio, indicando um processo de estabilização.

Fatores facilitadores do uso do CVSP

Entre os principais fatores facilitadores identificados estão:

- flexibilidade dos cursos autoadministrados
- gratuidade da oferta formativa
- pertinência dos conteúdos
- possibilidade de acesso remoto

Esses elementos tornam o CVSP particularmente relevante para técnicos inseridos em contextos de trabalho com restrições de tempo e recursos.

Fatores dificultadores do uso do CVSP

O estudo identifica múltiplas barreiras estruturais e institucionais:

- limitações de conectividade e acesso a equipamentos
- baixa alfabetização digital
- ausência de incentivos institucionais
- dificuldades técnicas e administrativas
- fatores políticos e institucionais

As brechas de conectividade, especialmente em zonas rurais, aparecem como um obstáculo crítico para a expansão do acesso .

Boas práticas (estratégias locais bem-sucedidas)

As experiências mais exitosas combinam a oferta do CVSP com estratégias nacionais específicas, tais como:

- integração com programas de formação existentes
- modelos híbridos com tutoria
- articulação com políticas de recursos humanos

Nesses casos, o CVSP deixa de operar como ferramenta isolada e passa a integrar o sistema formativo.

Sugestões dos entrevistados

As recomendações convergem em linhas estratégicas claras:

1. institucionalização do CVSP como política pública
2. reconhecimento normativo dos técnicos em saúde
3. integração com sistemas de certificação
4. adaptação tecnológica para contextos de baixa conectividade
5. alinhamento curricular com necessidades da APS

Recomendações de comunicação e design para o desenvolvimento de cursos autoadministrados para Técnicos em Saúde

As recomendações pedagógicas e comunicacionais destacam a necessidade de adaptação da oferta formativa às características específicas dos técnicos em saúde, incluindo:

- design responsivo para dispositivos móveis
- melhoria da usabilidade das plataformas
- ampliação da interatividade
- organização curricular contextualizada
- desenvolvimento de estratégias avaliativas adequadas

Essas dimensões reforçam que a efetividade do CVSP depende não apenas do conteúdo, mas também da forma como este é estruturado e apresentado.

Conclusões

O capítulo conclui que o desempenho do CVSP entre técnicos em saúde resulta da interação entre múltiplos fatores:

- políticas públicas
- governança institucional
- estrutura dos sistemas de saúde
- condições de trabalho
- acesso à tecnologia

Nesse sentido, o CVSP apresenta elevado potencial como instrumento de democratização da educação permanente, podendo contribuir para reduzir desigualdades formativas e fortalecer os sistemas de saúde na América Latina. No entanto, sua efetividade depende da implementação de estratégias integradas que articulem dimensões pedagógicas, tecnológicas e institucionais.

1 Introdução

1.1 O contexto da investigação

Um dos grandes desafios à integração e cooperação entre os países da América Latina é a harmonização da formação, certificação e a regulação profissional das(os) trabalhadoras(es) da saúde. Essa dificuldade é ainda maior quando se observa o trabalho técnico. Sabe-se que não há uma definição unívoca do significado das expressões *trabalhadoras(es) técnicas(os) da saúde* e *profissionais técnicas(os) em saúde* na região. Verifica-se uma grande diversidade de perfis e denominações entre os países, e mesmo representando a maior parcela da força de trabalho em saúde, persiste o desconhecimento sobre quem são, o que fazem e onde atuam.

Embora, nos últimos anos, tenham sido desenvolvidas diversas iniciativas para criar sistemas de informação sobre recursos humanos em saúde e ferramentas capazes de gerar dados confiáveis para analisar a força de trabalho no setor (Opas/OMS, 2020; Opas, 2025a; Opas, 2025b; Opas, 2025c; Opas, 2025d), ainda há pouca visibilidade sobre esse contingente. Essa limitação dificulta o planejamento de estratégias regionais voltadas ao fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde.

O CVSP é considerado uma plataforma educacional com grande potencial para fortalecer as competências dos trabalhadores da saúde nas Américas. No entanto, o acesso a essa plataforma tem sido desigual: houve um aumento significativo na participação de profissionais de categorias tradicionais, especialmente médicos e enfermeiros, enquanto outros trabalhadores, como técnicos de saúde, ainda têm pouco conhecimento sobre o CVSP e acesso limitado a ele.

Em 2023, a AECID autorizou uma alocação de fundos para melhorar a capacidade do CVSP de alcançar o primeiro nível de atendimento e, em particular, os técnicos de saúde com sua oferta de treinamento. Com esses fundos, juntamente com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Osvaldo Cruz no Brasil, foi realizada uma análise quantitativa detalhada dos inscritos nos cursos do CVSP, seu perfil e seus itinerários de treinamento. Trabalhando com os cursos de maior demanda nos países selecionados, foram identificadas coincidências de boas práticas e foi elaborada uma proposta preliminar de indicadores destinados a avaliar a relevância dos cursos para a formação de técnicos de saúde.

Com base nesses resultados, esta segunda etapa do projeto buscou uma abordagem que utiliza estratégias qualitativas, trabalhando com diferentes países da região para aprofundar

a investigação sobre as boas práticas pedagógicas e comunicacionais que favoreceram o acesso de técnicos aos cursos do CVSP e sobre o perfil e as trajetórias formativas de todas as demais ocupações de saúde inscritas no CVSP.

Ao mesmo tempo, o conhecimento sobre a formação, atribuições, condições de trabalho e regulação dos técnicos em saúde pode contribuir para diminuição da lacuna de conhecimento sobre as diferenças e similaridades das ocupações técnicas entre os países, favorecendo o aperfeiçoamento das políticas públicas relacionadas ao campo da formação e do trabalho, colaborando para as iniciativas de cooperação e integração regional.

1.2 Objetivos

Este informe de pesquisa é parte de um projeto que visa fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde por meio do conhecimento dos técnicos de saúde que trabalham no primeiro nível de atenção, melhorando seu acesso à educação virtual. Para isso, pretende reconhecer e caracterizar os grupos de trabalhadores técnicos que trabalham no primeiro nível de atenção e nas redes de APS e identificar as estratégias pedagógicas e comunicacionais mais eficazes para fortalecer a educação permanente dos técnicos em saúde por meio do CVSP.

O estudo foi realizado entre 2023 e 2025, com o apoio da Agência Espanhola de Cooperação – AECID e da Organização Panamericana de Saúde - Opas Brasil, por meio do estabelecimento de uma Carta Acordo com a Fiocruz (Opas, 2024). Contou também com o apoio do Edital Interno de Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, (EPSJV, 2023).

Para seu desenvolvimento, foram fundamentais as parcerias estabelecidas diversas entidades e instituições como a Organização Panamericana de Saúde – OPS, o Campus Virtual de Saúde Pública – CVSP, a Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde – RETS e a Rede Ibero-americana de Educação de Técnicos em Saúde – RIETS.

2 Percurso Metodológico

A pesquisa configura-se como um estudo exploratório de natureza qualitativa, com vistas ao mapeamento das/os trabalhadoras/es técnicas/os que atuam na APS nos países da América Latina, de modo a contribuir para os processos de cooperação e integração regional.

Estudos exploratórios visam proporcionar uma visão geral do objeto de investigação, de forma aproximada. Neste tipo de estudo, o principal objetivo é o aprimoramento de ideias, permitindo assim, maior familiaridade com o problema, com o propósito de torná-lo mais preciso em estudos posteriores (Gil, 1999). Neste sentido, vale destacar que a pesquisa não teve carácter multicêntrico e, portanto, não envolveu a realização de pesquisa presencial nos países selecionados.

Como base teórico-metodológica para realização do percurso de investigação inclui-se a compreensão de APS baseada na Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, de 1978, o marco conceitual da Opas/OMS na Resolução WHA62.12 (WHO, 2009), bem como a concepção ampliada de Técnicas/os em Saúde estruturada pela EPSJV e atualizada pelo Observatório dos Técnicos em Saúde (Morosini, Koster e Braga, 2024).

Foram incluídos no estudo 19 os países da América Latina que falam as línguas espanhol e português e possuem um histórico de parceria com a Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS), cuja Secretaria Executiva é coordenada pela EPSJV/Fiocruz, dos quais foram selecionados: Argentina, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

A inclusão de Belize - um país oficialmente anglófono – atendeu a recomendação e os interesses estratégicos do CVSP/Opas, considerando que parte significativa da população é hispano falante. Por sua vez, a não participação do Panamá no inquérito online, se deu por decisão própria das/os dirigentes e representantes da Opas no país.

A pesquisa foi estruturada em duas atividades com o objetivo de atender às metas estabelecidas. Embora estejam interligadas, cada uma foi conduzida por meio de estratégias de investigação distintas, conforme detalhado a seguir:

Quadro 01 – Atividades e objetivos correlacionados da pesquisa - 2025

<i>Atividade 1 - Mapeamento das/os técnicas/os em saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde em países da América Latina</i>	<i>Objetivo: Reconhecer e caracterizar os grupos de trabalhadoras/es técnicas/os que trabalham no primeiro nível de atenção à saúde</i>
<i>Atividade 2 - Investigação e elaboração de estratégias pedagógicas e comunicacionais que favorecem o acesso de técnicas/os em saúde ao CVSP/Opas</i>	<i>Objetivo: Identificar, analisar e desenvolver estratégias pedagógicas e comunicacionais mais efetivas para favorecer o acesso de técnicas/os em saúde aos cursos e oportunidades formativas do CVSP/Opas</i>

Fonte: Projeto Básico da Carta Acordo entre Fiotec e Opas Brasil, 2024.

Na primeira atividade, dedicada ao mapeamento das/os trabalhadoras/es técnicas/os que atuam no APS da América Latina, os métodos consistiram em duas frentes: (1) uma extensa revisão bibliográfica e documental sobre o tema, e (2) um inquérito online, cujo questionário fora disseminado online por meio de metodologia “bola de neve” (Vinuto, 2014).

Na segunda atividade, que buscou identificar e analisar as estratégias pedagógicas e comunicacionais mais efetivas para favorecer o acesso de técnicas/os em saúde aos cursos e oportunidades formativas do CVSP/Opas, recorreu-se a uma tripla estratégia: (1) uma análise comparativa dos resultados da revisão bibliográfica e documental da Atividade 1 e das informações estatísticas disponíveis no CVSP/Opas sobre o acesso e as preferências das/os técnicas/os em relação aos cursos realizados; (2) entrevistas em profundidade com representantes dos nodos do CVSP/Opas dos principais países usuários do campus virtual, buscando a confirmação e formulação de hipóteses sobre os principais fatores que incidiram positivamente na matrícula dos técnicos nos cursos do CVSP/Opas (reconhecendo as boas práticas e sinergias com outras iniciativas), e (3) a elaboração de uma matriz de avaliação pedagógica e comunicacional de propostas de cursos ao CVSP.

2.1 Descrição das etapas

2.1.1 Revisão Documental e Bibliográfica

2.1.1.1 Revisão Documental

Na revisão de literatura sobre documentos, na primeira e segunda identificação de marcos político legais e na atualização de conceitos sobre a APS com base na América Latina e nos países que compõem esta pesquisa, utilizamos uma ferramenta de IA (Research Assistant AI - SciSpace Typeset Inc.) como recurso auxiliar para a pesquisa.

A proposta para a fase exploratória desta revisão bibliográfica baseia-se em uma importante questão metodológica: a escolha de utilizar ferramentas de Inteligência Artificial (IA), como o SciSpace (anteriormente Typeset), especificamente devido ao problema das assimetrias de informação e da dispersão de documentos no que tem sido produzido sobre a APS na América Latina.

Adotando uma perspectiva que inclui os 19 países delimitados para o estudo (independentemente de critérios de análise que pudessem ter excluído alguns deles), essa assimetria torna-se particularmente aguda. Alguns países como Brasil, México, Colômbia e Chile possuem forte produção acadêmica indexada em bases internacionais com altas taxas de citação; outros países como Belize, Honduras, Panamá, República Dominicana e El Salvador e Nicarágua possuem produção científica limitada e dispersa no contexto nacional, e com visibilidade internacional não tão evidente. Casos como esses, normalmente abrigam informações em documentos técnicos dos ministérios da saúde; legislação; leis nacionais; planos de cúpula; e avaliações de programas que geralmente são difíceis de localizar por meio de buscadores padrão (como PubMed ou SciELO) e bases de dados específicas.

Nesse cenário, o SciSpace atua como um otimizador e grande nivelador da busca por documentos, por meio de três funcionalidades chave. Nessa pesquisa, foram utilizadas apenas duas delas:

► **Trabalhando com Documentos e Texto**

O Processamento de Linguagem Natural (PLN) para superar barreiras linguísticas. A ferramenta de PLN pode analisar documentos voltados aos serviços de saúde em espanhol e português — as principais línguas nacionais de produção utilizadas em cada região — identificando sinônimos, palavras de contexto ou jargões técnicos específicos de cada país (ou seja, diferentes termos técnicos para Centros de Apoio à Saúde da Família– EBAIS, SAFCI, ECOS Familiares). A capacidade de mapear a discussão da APS — mesmo quando não utiliza a nomenclatura padrão empregada na literatura anglófona.

► **Agregando e Conectando Fontes Diversificadas**

O SciSpace é um serviço agregado para rastrear e conectar artigos científicos, patentes, dissertações, teses e quaisquer outros documentos oficiais etc. Esse recurso se torna relevante para encontrar leis específicas (leis, decretos) e os documentos regulatórios que organizam a APS em cada país — uma informação primária que, de outro modo, forçaria buscas exigentes pelos portais governamentais de cada nação. O uso do SciSpace não é apenas sobre automação, mas uma abordagem metódica para trazer mais amplitude e profundidade à revisão.

Ele permite:

- a) Incluir países com baixa indexação na conversa acadêmica, para que suas experiências e modelos específicos não sejam vivenciados como invisibilizados por um viés de publicação;
- b) Buscar triangulação (acadêmica, jurídica e/ou técnica) para desenvolver uma compreensão mais abrangente de cada sistema de APS, contextualizada em seu lugar;
- c) Usando o corpus documental coletado, a IA pode ajudar a identificar a caracterização temática (evidenciar os temas chave), tendências temporais e lacunas de pesquisa.

Em um domínio caracterizado por heterogeneidade e geração desigual de evidências, a integração de acesso de níveis da IA aos dados e a geração dos instrumentos que podem construir uma análise de proporção comparativa em contexto adequadamente demonstrativo de riqueza e diversidade ao longo da trajetória da Atenção Primária à Saúde (APS) na América Latina, entretanto, ainda assim, a curadoria final, a avaliação crítica e a interpretação contextual permanecem uma competência puramente humana que não pode ser transferida.

Foi utilizado para conduzir um mapeamento exploratório com o objetivo de realizar buscas iniciais semânticas em textos na literatura acadêmica e em documentos oficiais de interesse (OPAS, ISAGS, ministérios da saúde) para identificar conceitos chave, tendências e documentos fundamentais (e atuais) sobre Atenção Primária à Saúde (APS) na América Latina. Além do mapeamento exploratório, a ferramenta serviu para a organização conceitual, auxiliando também na sistematização e categorização temática dos diversos modelos de APS e das reformas identificadas na região, conforme discutido acima (apresentados na seção de tabelas).

Como nota adicional, o SciSpace foi utilizado como ferramenta de apoio à pesquisa para a investigação exploratória.

Toda bibliografia e informação fornecidas pela ferramenta foram encaminhadas para serem referidas, lidas criteriosamente e verificadas para uso no relatório.

Estratégia de Busca do Scispace

A estratégia de busca teve como objetivo capturar literatura científica relevante sobre Atenção Primária à Saúde na América Latina e utilizou a seguinte forma de entrada por comandos (bases de dados) e termos de busca em português, espanhol e inglês.

Bases de dados consultadas

As buscas nas seguintes bases de dados acadêmicas foram realizadas de forma sistemática:

- ▶ *SciSpace*: Plataforma internacional e regional de periódicos para pesquisa acadêmica
- ▶ *Google Scholar* — Motor de busca acadêmico abrangente, cobrindo literatura cinzenta, teses e dissertações, bem como publicações regionais
- ▶ *PubMed*: Base de dados de biomedicina da Biblioteca Nacional de Medicina (EUA), com forte cobertura de periódicos de saúde pública e medicina

Termos de Pesquisa

Os termos de busca em três seções principais:

Componente 1 – Conceito de APS:

- ▶ Atenção Primária à Saúde, atenção primária, Estratégia Saúde da Família APS ESF
- ▶ Português: Atenção Primária à Saúde, Atenção Primária, APS
- ▶ Inglês: Primary Health Care, Primary Care, PHC
- ▶ Componente 2 – Região Geográfica:
 - ▶ América Latina · América Latina · america latina · América do Sul
 - ▶ Os 19 países específicos e seus nomes em português, espanhol e inglês.
- ▶ Componente 3 – Tópicos Relacionados:
 - ▶ "Salud reforma", "Salud reforma","Health reform", "Reforma sanitaria
 - ▶ "Sistema de saúde", "Health system", "Sistema da saúde
 - ▶ "Cobertura universal de saúde", "Universal health coverage", "Universal coverage of health care"
 - ▶ "Health policy", "Política de saúde",

Estratégia de Busca por Rodadas

As buscas temáticas foram conduzidas em 5 rodadas:

- a) Rodada 1: Busca geral sobre APS na América Latina
- b) Rodada 2: Busca em site específico para o Brasil e a Estratégia de Saúde da Família
- c) Rodada 3: Busca restringida ao México e à Colômbia
- d) Rodada 4: Refinamento da busca no Chile e na Argentina

- e) Rodada 5 — Busca avançada com foco no Peru e em outros (como Bolívia, Equador, Costa Rica, Cuba, América Central e o Caribe).

Período de Cobertura

Busca por literatura de 1978 (o ano da Declaração de Alma-Ata) até 2026, sem restrições de idioma, com prioridade para publicações em português, espanhol e inglês.

Critérios de Inclusão

- Artigos de periódicos revisados por pares
- Teses e Dissertações de Programas de Pós-Graduação de Renome
- Relatórios técnicos de organizações internacionais (OMS, Opas, OCDE, Banco Mundial, BID)
- Escolha seus próprios documentos de política pública e leis relacionadas.
- Pesquisas que abordem aspectos da APS com referência a conceitos, modelos, avaliação de implementação ou impacto
- Cobertura dos 19 países identificados na América Latina

Critérios de Exclusão

- Uso de APS ou sistemas de saúde em artigos indiretamente relacionados.
- Publicação duplicada
- Resumos de conferências não acessíveis como texto completo
- Estudos clínicos sem referência ao modelo de APS

Processo de Seleção e Análise

Recuperação Inicial: Cerca de 500+ artigos únicos foram recuperados em 5 rodadas de busca.

Os artigos foram reordenados usando algoritmos de relevância, que dependiam de:

- Correspondência com os termos de busca
- Citação e impacto
- Relevância temática para a APS
- Os países de interesse e sua cobertura geográfica

Seleção dos 30 principais artigos por arquivo

Pela IA, foram extraídos 30 artigos mais relacionados foram escolhidos para escrever em profundidade em cada arquivo temático combinado, totalizando 150 artigos centrais. Para o relatório, foi implementada um critério de análise baseado nos resultados dos artigos centrais e verificando a afinidade com as seções da pesquisa, em que foi direcionada preferência para documentos governamentais, ministério da saúde e autores referenciados ao tema.

Foram extraídos, para cada artigo selecionado:

- Apresentados conceitos e modelos de APS
- Principais conclusões e resultados
- Discussão de barreiras e obstáculos

Extração de Dados e Síntese

Os dados extraídos foram sintetizados por país, temas transversais para análise de padrões regionais.

Limitações Metodológicas

No entanto, a revisão se concentrou em artigos publicados em bases de dados acadêmicas, o que pode ter menor cobertura de literatura cinzenta e documentos governamentais não indexados.

- A heterogeneidade das terminologias (Atenção Primária versus Atenção Básica, diferentes denominações para programas) não poderia ter permitido a recuperação de alguns estudos.
- A produtividade científica não é uniforme por país e houve mais publicações no Brasil, México, Colômbia, Chile e Argentina.
- Alguns dos países menores (Belize, Honduras, Nicarágua) têm menor produção científica em APS.

O número de artigos selecionados foi reduzido, além das duplicações apresentadas, uma vez que, após o processo de busca exploratória mencionado acima (seção Coleta de Dados), exclusão e inclusão, e ainda a classificação dos artigos mais relevantes de 1978 a 2026 em três idiomas também foram realizadas por país para buscar informações específicas para a APS.

Uma parte da revisão de literatura foi utilizada com base em reconhecimento notório dos autores ao tema. Considerando ainda o critério de relevância para o tema e da organização textual para a forma do formato do relatório proposto, conclui-se que foram totalizados o uso de xx artigos, teses e documentos relevantes para abordar o contexto temático revelado na escrita.

Vale destacar que o SciSpace serviu como ferramenta de apoio na etapa exploratória da pesquisa e que teve como atividade subsequente a verificação crítica das fontes e informações que a ferramenta sugeriu.

2.1.1.2 Revisão Bibliográfica

Em relação à revisão bibliográfica, considerando a escassez de produções sobre a temática na literatura científica, optou-se por realizar uma revisão do tipo escopo, conduzida de acordo com as diretrizes propostas pelo Joanna Briggs Institute (JBI), buscando-se mapear, de forma ampla e sistematizada, a produção científica relacionada às/aos técnicas/os que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) em países da América Latina. Delineou-se uma pergunta central abrangente, qual seja: “O que aponta a literatura científica sobre técnicas/os que atuam na APS na América Latina?”, fazendo-se um recorte específico para os países da América Latina que integraram a pesquisa. Para estruturar a estratégia de investigação, utilizou-se o protocolo PCC, no qual o P (População) correspondeu às/aos técnicas/os que exercem suas funções na APS; o C (Conceito) abrangeu as definições de Técnicas/os em Saúde e de Atenção Primária à Saúde que orientam este projeto de pesquisa; e o C (Contexto) considerou os países latino-americanos incluídos na pesquisa.

As buscas foram realizadas em 03 fases. Na fase 01, foram feitas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sem a aplicação de recorte temporal e sem a utilização de filtros adicionais, ampliando o potencial de identificação de publicações relevantes. Considerou-se os campos Título, Resumo e Assunto, assegurando maior abrangência na localização dos materiais. Ressalta-se que a construção das estratégias de busca passou por tentativas sucessivas exploratórias, motivadas pelas dificuldades iniciais em alcançar resultados satisfatórios, culminando na realização de duas estratégias distintas - textos em espanhol e em inglês.

Na estratégia em espanhol, a busca partiu da construção de uma combinação de termos e de operadores booleanos estruturada da seguinte forma: (“TÉCNICO X” OR “TÉCNICO Y” OR “TÉCNICO U”...) AND (“ATENCIÓN PRIMÁRIA DE SALUD”). A busca propriamente dita contemplou documentos em espanhol, inglês e português. Os termos utilizados foram todas as denominações de técnicas/os conforme estavam registradas em banco de dados de técnicas/os que realizaram cursos no Campus Virtual de Saúde Pública da Organização

Panamericana de Saúde (CVSP/Opas), que totalizaram 311 denominações (Quadro 02), sendo buscados em blocos que variaram entre 50 e 53 técnicas/os.

Quadro 02: Denominações de Técnicas/os em Saúde registradas no CVSP/Opas, utilizadas na revisão de literatura - 2026

<p>Denominações de técnicas/os</p>	<p>Agente de salud ambiental, agente comunitario de la salud, agente de salud, agente de seguridad social, agente sanitario, asistente de ambiente y calidad, asistente de atención a personas con discapacidad, asistente de atención prehospitalaria, asistente de atención y cuidado de adultos mayores, asistente de enfermería, asistente de epidemiología, asistente de farmacia, asistente de fisioterapia, asistente de geriatría, asistente de gerontología, asistente de laboratorio, asistente de masoterapia, asistente de odontología, asistente en psicología, asistente de salud, asistente de salud pública, asistente dental, asistente en primeros auxilios avanzados, asistente en prótesis dental, asistente en puericultura, asistente endoscopista, asistente geriátrico, asistente gerontológico, asistente laboratorista, asistente odontológica, asistente prehospitalario, asistente técnico de atención primaria, asistente terapéutico en adicciones, asistente veterinaria, auxiliar cardiológica, auxiliar de alimentación y dietas, auxiliar de anestesia, auxiliar de apoyo en vigilancia en salud pública, auxiliar de asistencia al paciente, auxiliar de banco de sangre, auxiliar de camillero, auxiliar de citología, auxiliar de consultorio odontológico, auxiliar de control de Infectología, auxiliar de cuidados gerontológicos, auxiliar de dentista, auxiliar de dietas, auxiliar de emergencia médica, auxiliar de enfermería, auxiliar de esterilización, auxiliar de familia en discapacidad, auxiliar de farmacia, auxiliar de farmacología, auxiliar de gerontología, auxiliar de imagenología, auxiliar de instrumentación quirúrgica, auxiliar de investigación clínica, auxiliar de kinesiología, auxiliar de laboratorio, auxiliar de laboratorio clínico, auxiliar de logística sanitaria, auxiliar de nutrición, auxiliar de obstetricia, auxiliar de odontología, auxiliar de paramédico, auxiliar de patología, auxiliar de radicación, auxiliar de radiología, auxiliar de rehabilitación, auxiliar de salud familiar y comunitaria, auxiliar de salud mental, auxiliar de salud ocupacional, auxiliar de salud oral, auxiliar de salud publica, auxiliar de saneamiento ambiental, auxiliar de seguridad y salud en el trabajo, auxiliar de servicio farmacéutico, auxiliar de servicio infantil, auxiliar de servicios clínicos, auxiliar de terapia ocupacional, auxiliar de trabajo social, auxiliar de urgencias medicas, auxiliar de vacunación, auxiliar de veterinario, auxiliar dental, auxiliar de dietología, auxiliar e higienista dental, auxiliar geriátrico, auxiliar gerontológico, auxiliar laboratorio clínico, auxiliar nutricionista, auxiliar paramédico, auxiliar prehospitalario, auxiliar sanitario, auxiliar terapéutico, brigadista sanitario, camillero, chofer de ambulancia, cuidador de adulto mayor, cuidador de ancianos, cuidador de personas a domicilio, cuidador domiciliario, cuidador en hogar, cuidador geriátrico, extraccionista, operador en psicología social, operador en salud mental, operador psicosocial, operador socio terapéutico en drogadicción, operador socio terapéutico, Enfermera comunitaria, Enfermero comunitario, Enfermera hospitalaria, Enfermero hospitalario, fiscalizador sanitario, inspector de salud, inspector de saneamiento ambiental, inspector sanitario, laboratorista, laboratorista clínico, matrona, paramédico, acompañante adultos mayores, acompañante terapéutico, técnica en urgencias médicas, técnico en atención primaria, técnico ambiental, técnico analista de laboratorio, técnico anestesista, técnico anti vectorial, técnico atención a menores, técnico auxiliar de salud oral, técnico control de vectores, técnico de anestesia, técnico de atención primaria, técnico de banco de sangre, técnico de cuidado de adulto mayor, técnico de desarrollo infantil, técnico de diálisis, técnico de electrocardiografía, técnico de hemodiálisis, técnico de imágenes, técnico de Inmunohematología, técnico de neurofisiología, técnico de radiología, técnico de</p>
------------------------------------	--

	<p>urgencias médicas, técnico dental, técnico en higiene dental, técnico en alimentación, técnico en análisis químico, técnico en anatomía patológica, técnico en anestesiología, técnico en asistente de párvulos, técnico en atención del niño y niña indígena, técnico en atención integral de salud, técnico en atención prehospitalaria, técnico en atención primaria de la salud, técnico en atención primera infancia, técnico en atención social, técnico en auxiliar de vacunación, técnico en bioseguridad, técnico en cardiología, técnico en conservación de la biodiversidad, técnico en control bromatológico, técnico en control vectorial, técnico en desarrollo infantil, técnico en diagnóstico por imágenes, técnico en discapacidad, técnico en electrocardiografía, técnico en emergencias de salud, técnico en emergencias sanitarias y desastres, técnico en emergencias sanitarias zoonosis y vectores, técnico en enfermería, técnico en epidemiología, técnico en esterilización, técnico en esterilización de insumos médicos, técnico en estimulación temprana, técnico en farmacia, técnico en fisioterapia y rehabilitación, técnico en gases medicinales, técnico en gastronomía, técnico en geriatría, técnico en gestión ambiental, técnico en gestión de pacientes, técnico en hemodiálisis, técnico en hemoterapia, técnico en higiene y salud animal, técnico en higiene y seguridad laboral, técnico en imágenes, técnico en imagenología, técnico en información clínica, técnico en inhalo terapia, técnico en instrumentación dental, técnico en instrumentación quirúrgica, técnico en laboratorio, técnico en lactancia materna, técnico en mastografía, técnico en medicina nuclear, técnico en medio ambiente, técnico en neurofisiología, técnico en nutrición, técnico en nutrición animal, técnico en obstetricia, técnico en odontología, técnico en oftalmología, técnico en optometría, técnico en ortesis y prótesis, técnico en podología, técnico en polisomnografía, técnico en práctica evisceradora, técnico en prácticas cardiológicas, técnico en prevención de adicciones, técnico en primera infancia, técnico en primeros auxilios, técnico en procesamiento estéril, técnico en promoción de la salud, técnico en prótesis dental, técnico en psicología educativa, técnico en psicopedagogía infantil, técnico en radiodiagnóstico y radioterapia, técnico en radiología, técnico en radiología diagnostica, técnico en radioterapia, técnico en rehabilitación psicosocial, técnico en resonancia magnética, técnico en salud ambiental, técnico en salud comunitaria, técnico en salud natural y terapias complementarias, técnico en salud ocupacional, técnico en salud ocupacional y ambiente, técnico en salud oral, técnico en salud pública, técnico en salud rural, técnico en saneamiento ambiental, técnico en saneamiento básico, técnico en seguridad e higiene, técnico en seguridad ocupacional, técnico en seguridad y higiene, técnico en tecnologías de la salud, técnico en terapia física y rehabilitación, técnico en terapia radiante, técnico en terapia respiratoria, técnico en trabajo social, técnico en urgencias médicas, técnico en vacunación, técnico en verificación sanitaria, técnico en vigilancia y lucha anti vectorial, técnico epidemiólogo, técnico extraccionista, técnico en higiene oral, técnico laboratorista, técnico medio en monitoreo socio ambiental, técnico medio en nutrición, técnico medio de laboratorio químico, técnico puericultor, técnico sanitario ambiental, técnico terapeuta respiratorio, técnico vacunador, técnico veterinario, técnico superior de laboratorio, técnico superior de radiología, técnico superior en hemoterapia, técnico superior en biotecnología, técnico superior en bromatología, técnico superior en cardiopulmonar, técnico superior en emergencias de salud, técnico superior en enfermería, técnico superior en esterilización, técnico superior en gerontología, técnico superior en imagenología, técnico superior en instrumentación quirúrgica, técnico superior en laboratorio clínico, técnico superior en manejo y mantenimiento de laboratorios, técnico superior en minoridad y familia, técnico superior en niñez, adolescencia y familia, técnico superior en obstetricia, técnico superior en para medicina, técnico superior en podología, técnico superior en promoción de la salud, técnico superior en psicología, técnico superior en psicología social, técnico superior en quirófano, técnico superior en seguridad e higiene del trabajo, tecnólogo en emergencias medicas, tecnólogo en imagenología, tecnólogo en agua y saneamiento,</p>
--	--

	tecnólogo en anestesia, tecnólogo en atención pre hospitalaria, tecnólogo en atención primaria de salud, tecnólogo en cito histología, tecnólogo en control ambiental, tecnólogo en enfermería, tecnólogo en imágenes diagnosticas, tecnólogo en medicina nuclear, tecnólogo en rayos x, tecnólogo en salud ocupacional, tecnólogo en saneamiento ambiental, tecnólogo en terapia ocupacional, tecnólogo en terapia respiratoria, tecnólogo en tomografía, tecnólogo en urgencia medica, tecnólogo medico de terapia física y rehabilitación, tecnólogo medico en laboratorio clínico, tecnólogo médico en laboratorio clínico y anatomía patológica, tecnólogo médico en radiología, tecnólogo paramédico, tecnólogo quirúrgico, tecnólogo superior en seguridad e higiene del trabajo.
--	--

Fonte: elaboração própria, 2026.

Em relação à estratégia em inglês, optou-se por utilizar as denominações de técnicas/os conforme descrito no documento ISCO-08, capítulo de Técnicas/os em Saúde, resultando em uma combinação de termos e de operadores booleanos estruturada da seguinte forma: (“ASSISTANT X” OR “ASSISTANT Y” OR “ASSISTANT U”...) AND (“PRIMARY HEALTHCARE”). A busca também contemplou documentos em espanhol, inglês e português, e a lista de técnicas/os utilizada está descrita no Quadro 03.

Quadro 03: Denominações de Técnicas/os em Saúde em inglês registradas no ISCO-08, utilizadas na revisão de literatura - 2026

Denominações de técnicas/os	Medical Imaging and Therapeutic Equipment Technicians, Radiologist, Diagnostic Medical Radiographer, Radiographer, MRI Technologist, Mammographer, Medical Radiation Therapist, Nuclear Medicine Technologist, Sonographer, Medical Laboratory Technician, Pathology Laboratory Technician, Cytology Technician, Dispensing Technician, Dental Technician, Dental Mechanic, Pharmaceutical Technician, Orthopaedic Appliance Maker, Denturist, Orthotic Technician, Prosthetic Technician, Nursing Associate, Associate Professional Nurse, Enrolled Nurse, Practical Nurse, Assistant Nurse, Nursing Aide, Midwifery Associate Professional, Assistant Midwife, Traditional Midwife, Professional Midwife, Traditional and Complementary Medicine Associate Professional, Acupuncture Technician, Ayurvedic Technician, Bonesetter, Herbalist, Homeopathy Technician, Village Healer, Dental Assistant, Dental Therapist, Medical Records and Health Information Technician, Community Health Worker, Dispensing Optician, Optical Technician, Physiotherapy Technician, Physiotherapy Assistant, Medical Assistant, Environmental Health Technician, Health Education Officer, Ambulance Worker, Emergency Medical Technician.
-----------------------------	--

Fonte: elaboração própria, 2026.

Para a seleção preliminar dos documentos levantados em ambas as estratégias, foram incluídos os documentos que abordavam especificamente as/os técnicas/os de saúde que atuavam na APS e que tinham como cenário os países da América Latina definidos no estudo. Também foram incluídos tanto artigos científicos quanto documentos referentes a

políticas, programas, normativas, informes, dentre outros documentos de entidades governamentais ou de agências internacionais. De modo a ampliar a base de dados, foram também incluídos textos que, embora abordassem equipes multiprofissionais que atuavam na APS de forma geral, davam destaque a alguma categoria profissional técnica em saúde. Foram excluídos documentos que não estavam disponíveis na íntegra.

Ao final da fase 01, a busca em espanhol, foram levantados 828 resultados em todo o mundo, sendo retiradas 260 duplicatas, restando 568 documentos para análise de título e resumo. Após análise de títulos, foram excluídos 393 documentos, restando 175 textos, os quais tiveram resumo analisado, culminando na exclusão de 71, restando 104 documentos. Destes, 50 documentos correspondiam a países da América Latina e foram separados para leitura na íntegra, sendo 37 do Brasil e 13 dos demais países.

Em relação à estratégia em inglês desta fase, foram levantados 2491 resultados em todo o mundo. Destes, 237 correspondiam a países da América Latina. Dos 237, foram excluídas 100 duplicatas, restando 137 artigos para análise. Após análise de títulos e resumos, foram excluídos 20 documentos, restando 117 para leitura na íntegra. Destes, 91 correspondem a textos do Brasil e 26 são documentos dos demais países da América Latina.

Os artigos incluídos nas estratégias anteriores (167 textos, sendo 128 Brasil e 39 dos demais países) foram pareados para identificação de duplicatas entre si, restando, por fim, 156 (120 Brasil e 36 demais países) textos selecionados para leitura na íntegra. Dos textos referentes aos demais países da América Latina, 12 foram excluídos por falta de acesso ao documento na íntegra, restando 24 documentos incluídos. Em relação aos 120 textos do Brasil, 02 foram excluídos por falta de acesso ao texto para leitura na íntegra e 04 foram excluídos por representarem novas duplicatas que não haviam sido identificadas na etapa anterior. Foram incluídos, portanto, 114 textos para análise, sendo 112 artigos e 02 documentos governamentais.

Após estes levantamentos e considerando o grande número de textos referentes ao Brasil em comparação aos demais países da América Latina, decidiu-se pela realização de uma busca específica para estes países com o objetivo de ampliar o quantitativo de documentos encontrados, configurando uma fase 02 de buscas. Em espanhol, incluiu-se alguns termos referentes às/aos técnicas/os que foram encontrados na literatura, ainda que não constasse na lista do CVSP/Opas. Foram especialmente incluídos “Promotor de salud”, “Gestor de salud”, e “Agente comunitario de salud” (este último termo foi inserido, considerando as variadas formas de escrita deste técnico em espanhol). Em inglês, foi realizada uma busca específica para ampliação de documentos encontrados, onde incluiu-se termos referentes às/aos técnicas/os que foram encontrados na literatura, ainda que não constasse na lista do ISCO-08. Foram especialmente incluídos “Nursing Technician”, “Allied Health Personnel”, e “Nursing Auxiliary”.

Nesta fase, estratégia em espanhol, foram levantados 1793 resultados no mundo. Destes, 900 correspondiam a países da América Latina. Dos 900, foram excluídas 163 duplicatas, restando 737 documentos. Foi feito um pareamento com os 157 documentos incluídos no final da fase 01, sendo encontradas 85 duplicatas. Ou seja, são 652 documentos para análise, sendo 496 do Brasil e 156 dos demais países da América Latina.

Dos 156 textos dos demais países da América Latina, foi feita uma análise de títulos, resumos e textos completos, sendo excluídos 106 por falta de acesso ao documento na íntegra e 20 por inadequação aos critérios de inclusão. Foram incluídos, portanto, ao final da análise, 30 textos dos demais países da América Latina.

A busca em inglês da segunda fase levantou 2889 resultados em todo o mundo. Destes, 833 documentos correspondiam a países da América Latina, sendo retiradas 140 duplicatas, restando 693 textos para análise. Foi feito um pareamento com os 156 documentos incluídos na fase 01 e os 652 textos incluídos na fase 02, correspondentes a países da América Latina, sendo encontradas 556 duplicatas. Ou seja, são 137 documentos para análise, sendo 117 textos do Brasil e 20 textos dos demais países da América Latina.

Especificamente em relação aos 20 documentos dos demais países da América Latina, excluiu-se 03 textos após análise de títulos e resumos e, após leitura na íntegra, 12 documentos foram excluídos por falta de acesso e 04 foram excluídos por inadequação aos critérios de inclusão, restando, portanto, 01 documento incluído.

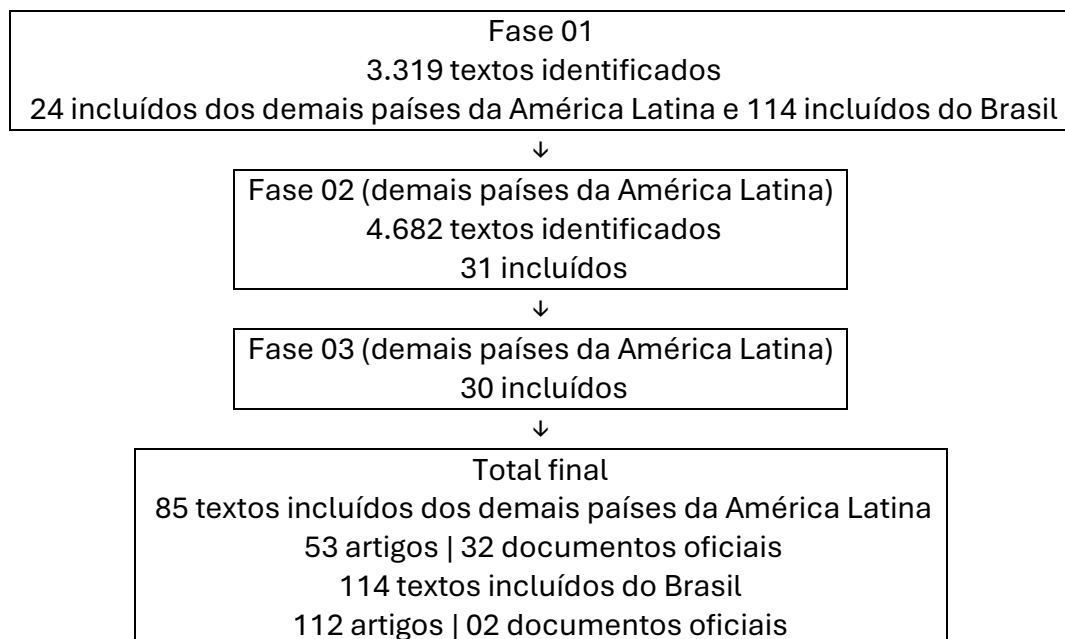
Por fim, visando ampliar ainda mais as buscas de documentos dos demais países da América Latina, com exceção do Brasil, realizou-se a fase 03 da busca, na qual foi realizado levantamento complementar de textos na plataforma SCISPACE, de inteligência artificial, em inglês, com a seguinte estratégia de busca: Allied Health Personnel in Primary health care in countries of latin america. A busca evidenciou 30 artigos novos, sendo 09 excluídos por não pertencerem aos países selecionados para esta estratégia e 08 excluídos por inadequação aos critérios de inclusão após leitura de resumos, restando 13 documentos. Destes, 01 tratava-se de uma duplicata e 08 foram excluídos por falta de acesso ao arquivo para leitura na íntegra, restando, portanto, 04 documentos incluídos para análise.

Além disso, foi feita uma busca nas referências dos documentos incluídos nas fases de coleta anteriores. Após leitura de títulos, foram selecionados 22 documentos. Destes, 13 foram excluídos por falta de acesso para leitura na íntegra, restando 09 documentos, todos incluídos após análise de resumos. Durante esta pesquisa, foram encontrados também documentos relacionados a estas referências, a partir de buscas dos títulos destes documentos em outras plataformas de busca, com o objetivo de encontrar os arquivos para leitura na íntegra. Foram incluídos mais 09 documentos a partir desta etapa.

Por fim, ainda com o mesmo objetivo de ampliação, os títulos dos artigos excluídos por falta de acesso ao documento na íntegra em todas as estratégias anteriores foram pesquisados na plataforma de busca Google com o objetivo de encontrar documentos relacionados. Assim, 08 documentos foram selecionados após a leitura de títulos durante estas pesquisas, e o número foi mantido após a leitura dos resumos.

A síntese das buscas pode ser observada na Figura YY. Ao final de todas as fases de busca, foram incluídos 114 textos do Brasil (112 artigos e 02 documentos governamentais) e 85 textos dos demais países da América Latina (53 artigos e 32 documentos tipo resoluções, manuais, guias, etc). Estes documentos foram organizados em uma planilha única para análise quali-quantitativa dos dados.

Figura 01: Fluxograma da Revisão da Literatura desenvolvida



Fonte: elaboração própria, 2026.

2.1.2. Inquérito Online

Esta etapa consistiu na realização de um inquérito online de autopreenchimento, sendo a proposta metodológica que obteve maior capilaridade entre os países estudados, cujo questionário contemplou dimensões oriundas da revisão da literatura e análise documental, tais como: composição das equipes, funções, perfis profissionais, acesso e participação em atividades de capacitação, acesso à tecnologia, órgãos e instituições responsáveis e outras que possam surgir da interação entre equipe de pesquisa da EPSJV e o CVSP/Opas.

O questionário foi desenvolvido na plataforma de coleta e gerenciamento eletrônico de dados *Research Electronic Data Capture - REDCap*® ofertada pela Fiocruz para a gestão de pesquisas on-line e bancos de dados. E suas perguntas foram organizadas em seis blocos, conforme listado abaixo, e buscaram, através do conhecimento das/os participantes, explorar e confrontar as informações sobre as temáticas inerentes aos perfis ocupacionais, a formação e ao trabalho desse coletivo (Apêndices 01 e 02).

- ▶ Abertura – Apresentação da pesquisa e Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
- ▶ Bloco I – Perfil das/os respondentes
- ▶ Bloco II – Identificação das/os Técnicas em Saúde que atuam na APS da América Latina
- ▶ Bloco III – Caracterização da APS
- ▶ Bloco IV – Formação das Técnicas/os em Saúde
- ▶ Bloco V – Vínculos e Condições de Trabalho
- ▶ Bloco VI – Atribuições e práticas

Para a construção das questões sobre escolarização, formação e o quesito *raça/ cor/etnia*, apresentados nos Blocos I e IV, foram utilizados os documentos: *International Standard Classification of Education - ISCED 2011* (UNESCO (2011) e *Lei de Diretrizes e Bases da Educação – Brasil* (1996), mediando suas variáveis com aquelas aplicadas nos instrumentos dos censos estatísticos nacionais de países que compõem o estudo, alcançando assim a representatividade necessária para o Brasil e para os demais países de língua espanhola.

Mais especificamente, sobre a construção da lista suspensa de perfis ocupacionais de Técnicas/os em Saúde, incluída tanto no Bloco I quanto no Bloco IV do questionário, esta representou o elemento mais estratégico da pesquisa. A sua criação baseou-se no conceito ampliado de Técnicas/os em Saúde (Morosini, Koster e Falleiros, 2024), nos diferentes desenhos de APS e níveis de formação existentes na América Latina, mediados a partir

diferentes instrumentos e métodos distintos para chegar sua a formulação, utilizando-se os documentos listados abaixo:

- ▶ International Standard Classification of Occupations 2008 - ISCO-08, da Organização Internacional do Trabalho - OIT (ILO, 2012)
- ▶ Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (Brasil,
- ▶ Recursos Humanos em Salud em el contexto de la Covid-19: fortalecimiento de capacidades para mejorar la respuesta de los sistemas de salud. Informe de consultoria correspondiente a la carta Acuerdo SCON2023-00281 firmada entre Fiotec y Opas/OMS. (Listovsky et al, 2024)
- ▶ Painéis da Força de Trabalho em Saúde do CENITS (2026) e dados do Observatório de Técnicos em Saúde, que utilizam como fonte o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Validação do questionário

Considerando os aspectos culturais e as distintas realidades entre os países envolvidos no estudo, a equipe de pesquisa submeteu o questionário a dois processos para adequação das perguntas. O primeiro foi a validação com as/os potenciais informantes-chave e parceiras/os da pesquisa. Após os ajustes necessários, o questionário foi inserido na plataforma REDCap®, para a realização do segundo procedimento, que foi a realização do teste piloto com a participação de duas/dois a três informantes-chave, segundo de testagens amostrais e ajustes no que tange ao funcionamento instrumento, tempo de resposta etc., preservando o escopo das questões validadas. Novos ajustes foram realizados para atender as observações percebidas no segundo procedimento.

Participantes da pesquisa e método de recrutamento

Considerando os desafios da identificação de potenciais participantes diante do contexto do estudo envolvendo países na América Latina, a importância da parceria estabelecida de longa data com a RETS e CVSP/Opas foi fundamental para o processo de recrutamento. Este, se deu pelo método denominado de “bola de neve”. Segundo Vinuto (2014), consiste em uma técnica de amostragem não probabilística amplamente utilizada em pesquisas qualitativas, especialmente quando se investiga populações de difícil acesso. A partir dela, o estudo dá início com um pequeno número de participantes intencionalmente selecionadas/os, chamados de “sementes”, que, após participarem da pesquisa, indicam novos sujeitos pertencentes ao mesmo grupo social ou que compartilham das características de interesse do estudo. O processo ocorre de forma progressiva, em cadeia, ampliando a rede de participantes à medida que as indicações se sucedem, até que se atinja a saturação teórica dos dados ou os objetivos da pesquisa. O autor destaca que essa

metodologia permite acessar redes sociais e dinâmicas internas dos grupos estudados, ao mesmo tempo em que exige atenção ética, rigor metodológico e reflexão crítica sobre os vieses decorrentes das relações sociais que estruturam as indicações (Vinuto, 2024).

Assim, para a execução da amostragem de caráter não probabilístico, foi considerado para o início da mobilização da cadeia de referências (sementes) as/os informantes-chave detalhadas/os a seguir, que, por meio de suas redes de contatos, identificaram novas/os participantes.

Para o perfil das/os respondentes foi considerado como critério de inclusão profissionais com experiências no campo da gestão, do trabalho ou da educação profissional na APS, incluindo as/os próprias/os técnicas/os em saúde em suas diversas áreas de atuação, e como critérios de exclusão, além do não aceite em participar da pesquisa, terem menos de um ano de experiência. Entre as/os técnicas/os, serão selecionadas 2 ou 3 categorias profissionais em função de sua transversalidade entre os países da América Latina, sua importância estratégica para a APS e o pouco conhecimento disponível sobre seu trabalho, formação, atribuições e vínculos.

Para fins de compreensão das camadas de interlocução com a pesquisa e a diferenciação do que sejam considerados participantes (pessoas que responderão ao questionário), definiu-se como informantes-chave todas as pessoas integrantes da RETS ou de outras redes com as quais a pesquisa já possui parceria, tais como assessoras(es) e consultoras(es) nacionais de Recursos Humanos para a Saúde dos escritórios da Opas/OMS nos países, dos Escritórios Sub-regionais da OPS para a América do Sul e América Central, os Nodos do Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP/Opas) dos países, o Centro de Relações Internacionais da Fiocruz (CRIS) e de entidades e organizações de cooperação e integração regional, como a RETS, o Organismo Andino de Saúde – ORAS-CONHU, a Organização do Tratado de Cooperação Amazônica – OTCA e a Secretaria Executiva do Conselho de Ministros de Saúde da Centro América (COMISCA).

Desta forma, as/os informantes-chave encaminham às/aos participantes da pesquisa o link para o questionário online de autopreenchimento, contendo as informações sobre a pesquisa e a importância de sua participação, juntamente com o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE), iniciando assim a técnica de amostragem da “bola de neve” eleita para o recrutamento. Estimou-se como amostragem o alcance mínimo de cinco participantes de cada tipologia (especialistas e técnicas/os) por país.

Durante o percurso da “bola de neve”, a equipe de pesquisa acompanhou o processo de respostas para garantir a amostragem significativa que assegurasse a representatividade de cada país participante (5 especialistas e 5 técnicas/os em saúde). Além disso, monitorou os perfis de trabalhadoras/es técnicas/os definidos como prioritários pela pesquisa que

aderiram à pesquisa, mantendo-se em constante articulação com as/os informantes-chave para mobilização de novas cadeias de sementes.

Os países que não alcançaram esse quantitativo de participantes foram excluídos da análise dos dados do inquérito, pela baixa representatividade. Foram eles Belize, Cuba e Nicarágua. No entanto, seguiram incluídos das demais etapas metodológicas do estudo, com intuito de permitir o alcance de informações sobre esses países.

Caminhos para as análises dos resultados do inquérito

Para esta etapa de análise dos resultados do inquérito a equipe de pesquisa desenvolveu Plano de Análise básico (Apêndice 03), considerando os elementos centrais para o alcance dos objetivos da pesquisa, inovando este processo a partir da utilização de uma ferramenta de apoio interativa – dashboard e integrando com os resultados da revisão documental e bibliográfica.

Processo de construção do dashboard

A construção do dashboard teve como finalidade desenvolver uma ferramenta online, interativa e de fácil interpretação visual, destinada a apoiar a análise dos resultados do inquérito.

A escolha do Microsoft Power BI como ambiente principal de desenvolvimento ocorreu em função de sua capacidade de integrar, tratar, modelar e apresentar dados de maneira dinâmica, permitindo a criação de painéis analíticos com recursos de filtragem e exploração interativa.

Como apoio ao processo, também foi utilizado o Microsoft Excel para a elaboração de tabelas auxiliares, enquanto o tratamento, a organização e a preparação das bases foram feitas por meio do Power Query, recurso incorporado ao Power BI voltado à transformação de dados.

A etapa inicial consistiu na identificação e importação das bases de origem. Os dados foram provenientes de dois arquivos em formato CSV, correspondentes às respostas do inquérito em duas versões linguísticas: português, referente ao Brasil, e espanhol, utilizado para os demais países participantes.

Embora os arquivos apresentassem a mesma estrutura geral de perguntas, com 87 questões sem desdobramentos e 111 considerando complementos e ramificações, parte das alternativas de resposta possuía diferenças decorrentes da adaptação cultural e linguística aplicada em cada país. Em razão dessas diferenças, foi necessária uma etapa

específica de comparação entre as versões do instrumento. Esse procedimento teve como objetivo verificar a correspondência entre perguntas, alternativas e categorias analíticas, assegurando que as respostas coletadas em idiomas distintos pudessem ser interpretadas de forma integrada. A maior parte das questões apresentava equivalência direta entre português e espanhol. Entretanto, algumas variáveis exigiram maior atenção, sobretudo aquelas cujas alternativas foram adaptadas às características socioculturais dos países envolvidos.

Um exemplo desse processo refere-se à pergunta sobre raça, cor ou etnia. Na versão em português, as opções incluíam categorias como Branca, Amarela, Preta, Parda, Indígena e Outra. Na versão em espanhol, por sua vez, as alternativas apresentavam outra estrutura classificatória, contemplando termos como Afrodescendiente o Negra, Afroindígena, Asiática o Amarilla, Blanca o Caucasiona, Indígena o Pueblo Originário, Mestiza o Creole/Criolla e Outra. Esse tipo de divergência impôs a necessidade de criação de regras de correspondência entre categorias, de modo a permitir a análise conjunta das respostas sem comprometer a coerência conceitual das informações.

Para solucionar essas diferenças, foi realizado um tratamento do tipo “de/para”, no qual as alternativas de uma versão foram relacionadas às categorias equivalentes da outra. Esse procedimento permitiu a padronização das respostas e a criação de dimensões analíticas comuns entre os dois conjuntos de dados. Nos casos em que não havia correspondência direta entre as alternativas, adotou-se a tradução simples, preservando o sentido original da resposta e garantindo sua incorporação ao modelo de análise.

Após a uniformização das categorias, procedeu-se à seleção das variáveis que efetivamente comporiam o dashboard. Nem todas as perguntas do inquérito foram incorporadas à ferramenta final, uma vez que o painel foi estruturado para privilegiar as informações mais relevantes à análise dos resultados. Ao final desse processo de seleção, foram definidas 64 dimensões analíticas, utilizadas como base para a construção dos gráficos, tabelas, filtros e demais elementos visuais do painel.

Outra etapa a ser mencionada foi a normalização das perguntas com múltiplas respostas. Esse tipo de questão exige tratamento específico, pois uma única pessoa respondente pode selecionar mais de uma alternativa, o que impede a análise direta em formato tabular tradicional. Para assegurar a correta leitura dessas informações, as respostas múltiplas foram reorganizadas em uma estrutura adequada à análise dimensional, permitindo que cada alternativa pudesse ser contabilizada, filtrada e visualizada corretamente no dashboard.

Concluído o tratamento das bases, iniciou-se a estruturação visual e analítica do dashboard. A organização das telas foi definida com base na necessidade de acomodar

gráficos, tabelas e filtros de maneira clara, funcional e visualmente equilibrada. Para isso, o painel foi dividido em quatro grandes grupos temáticos: (1) Perfil; (2) Formação; (3) Vínculos e Condições de Trabalho; e (4) Atribuições e Práticas. Essa divisão favoreceu a navegação pelo conteúdo, reduziu a sobrecarga informacional em cada tela e permitiu que os dados fossem analisados de acordo com blocos conceitualmente coerentes.

O grupo “Perfil” foi subdividido em duas seções: “Características” e “Experiência Profissional”. Essa organização permitiu separar informações relacionadas aos atributos gerais dos participantes daquelas vinculadas à sua trajetória e vivência no campo de atuação. O grupo “Formação”, por sua vez, foi estruturado em três recortes: Ambos, Técnicas/os e Especialistas. Essa segmentação possibilitou analisar tanto o conjunto total de respondentes quanto os grupos específicos definidos pelo perfil profissional.

O grupo “Vínculos e Condições de Trabalho” também foi subdividido em Ambos, Técnicas/os e Especialistas, permitindo observar diferenças e semelhanças entre os segmentos investigados no que se refere às relações de trabalho, inserção ocupacional e condições de exercício profissional. Por fim, o grupo “Atribuições e Práticas” concentrou as informações relacionadas às atividades desempenhadas, práticas profissionais e responsabilidades associadas aos participantes do inquérito.

Além da organização temática, todas as telas do dashboard receberam uma tabela resumo contendo a quantidade de Técnicas/os e especialistas por país. Esse recurso foi incorporado para fornecer uma visão sintética da distribuição dos respondentes e contextualizar os demais indicadores apresentados em cada seção. A presença desse resumo em todas as páginas contribui para a leitura comparativa dos dados, permitindo que o usuário compreenda rapidamente a composição da amostra analisada antes de interpretar os gráficos específicos.

Como recurso complementar de exploração, a maior parte das telas foi equipada com filtros interativos. Com exceção das páginas “Formação – Especialistas” e “Vínculos e Condições de Trabalho – Especialistas”, as demais seções permitem segmentar os dados por País, Grupo, Categoria e Ocupação. O filtro de País contempla todos os países participantes do inquérito; o de Grupo distingue Especialistas e Técnicas/os; o de Categoria diferencia Agente/Auxiliar, Técnico, Técnico Superior e Tecnólogo; e o de Ocupação possibilita análises a partir das diversas profissões registradas na base.

O resultado do processo foi uma ferramenta analítica orientada à visualização clara dos dados, à navegação estruturada pelos temas do inquérito e ao apoio à interpretação dos resultados de forma integrada, dinâmica e acessível.

Figura 02: Resumo do processo de construção do *dashboard* - 2026



Fonte: elaboração própria, 2026.

2.1.3 Estudo qualitativo sobre a utilização do CVSP/Opas por parte das/os Técnicas/os em Saúde

Enfoque da investigação

O estudo se inscreve em um enfoque qualitativo interpretativo, orientado a compreender como atores-chave em oito países latino-americanos explicam os diferentes padrões de utilização do CVSP/Opas por parte de Técnicas/os em Saúde no período 2018–2023.

Do ponto de vista epistemológico, este enfoque fundamenta-se na tradição interpretativa das ciências sociais, que sustenta que os fenômenos sociais devem ser compreendidos a partir dos significados que os atores lhes atribuem em contextos específicos (Greenhalgh et al., 2004). Neste sentido, o uso do CVSP/Opas não é concebido como um resultado meramente técnico, mas como uma prática social situada, mediada por estruturas institucionais, marcos normativos, culturas organizacionais e condições materiais.

Este posicionamento resulta consistente com a evidência desenvolvida na análise qualitativa, onde o desempenho do campus aparece como produto da interação entre política pública, governança e condições do sistema de saúde.

Fundamentos conceituais do enfoque

Estudos de implementação em saúde

O estudo apoia-se no campo da investigação em implementação, que analisa como as intervenções complexas são adotadas, adaptadas e sustentadas em contextos reais (Greenhalgh et al., 2004; Rogers, 2003). A partir desta perspectiva, o CVSP/Opas é conceitualizado como uma inovação em saúde pública, cuja efetividade não depende exclusivamente de seu design, mas de sua integração em sistemas organizacionais concretos. Isto implica distinguir entre:

- Intervenção central (plataforma e cursos),
- Estratégias de implementação (governança, alianças, tutoria),
- Resultados de implementação (uso, aderência, sustentabilidade).

Este enfoque permite interpretar achados da análise, como o impacto das políticas explícitas na adoção do campus ou a relevância da articulação institucional.

Sociologia das organizações

O estudo incorpora contribuições da sociologia organizacional, particularmente as teorias sobre estruturas complexas e coordenação institucional (Mintzberg, 1983) e aprendizagem organizacional (Senge, 1990).

A partir deste marco, o uso do CVSP/Opas é compreendido como um fenômeno mediado por:

- estruturas hierárquicas e redes de coordenação,
- culturas institucionais,
- distribuição do poder e reconhecimento profissional.

Este enfoque permite explicar achados empíricos como:

- a posição subalterna de certos perfis técnicos,
- a variabilidade na capacidade dos nós nacionais,
- a importância de alianças institucionais.

Em coerência com a análise, a institucionalidade aparece como condição estruturante do uso do campus.

Governança multinível e cooperação internacional

O estudo inscreve-se no marco da governança em saúde, entendida como a interação entre múltiplos níveis e atores na produção e implementação de políticas (OPS, 2017). O CVSP/Opas é analisado como uma intervenção situada em um sistema de governança multinível, onde interagem:

- nível internacional (OPS),
- nível nacional (ministérios),
- nível territorial (serviços),
- nível acadêmico.

Este enfoque permite compreender:

- a centralidade do nó como instância de mediação,
- o impacto da estabilidade política,
- a importância da articulação interinstitucional.

Estes elementos aparecem de maneira consistente na análise, especialmente na dimensão de articulação institucional e governança do nó.

Desigualdade digital e educação a distância

O estudo incorpora o conceito de brecha digital ampliada (Warschauer, 2004), que inclui não apenas o acesso à tecnologia, mas também as condições sociais que permitem seu uso significativo.

Da mesma forma, apoia-se na crítica de Selwyn (2010), que adverte que a educação digital pode reproduzir desigualdades se não for acompanhada de políticas específicas.

Do campo da educação em saúde, retomam-se contribuições que assinalam que a efetividade da aprendizagem on-line depende do design pedagógico e do contexto (Cook et al., 2010).

Estes marcos permitem interpretar achados-chave da análise:

- desigualdades territoriais de acesso,
- dificuldades de conectividade,
- impacto de condições laborais.

Tal como se evidencia nos depoimentos, a virtualidade não elimina desigualdades, mas as visibiliza.

Educação de adultos e aprendizagem situada

O estudo apoia-se em teorias da aprendizagem adulta e social:

- Andragogia (Knowles, 1984): relevância e aplicabilidade da aprendizagem.
- Comunidades de prática (Wenger, 1998): aprendizagem em interação.
- Teoria da autodeterminação (Deci & Ryan, 2000): motivação intrínseca e extrínseca.

Estes enfoques permitem interpretar:

- padrões de demanda de cursos,
- motivações das/os técnicas/os,
- relação entre formação e prática clínica.

Os achados mostram que o uso do CVSP está fortemente orientado pela pertinência prática dos conteúdos.

Sistemas de saúde e recursos humanos

O estudo retoma enfoques que consideram a formação como parte estrutural do sistema de saúde (WHO, 2006; Frenk, 1994), assim como perspectivas latino-americanas que destacam sua dimensão política (Rovere, 1999).

Da mesma forma, incorporam-se contribuições sobre desigualdades em recursos humanos (OPS, 2013) e atenção primária (Starfield, 1998).

Este marco permite interpretar:

- predomínio de enfermagem no uso,
- exclusão relativa de outras/os técnicas/os,
- relação entre reconhecimento profissional e acesso à formação.

Método de investigação

Empregou-se um desenho de estudo de casos múltiplos onde cada país constitui uma unidade analítica. Este enfoque permite:

- analisar fenômenos complexos em seu contexto,
- comparar configurações institucionais,
- identificar padrões transversais.

O desenho é consistente com a natureza do fenômeno, visto que o CVSP/Opas opera de maneira diferencial segundo configurações nacionais, tal como se evidencia na análise comparada.

Técnica de produção de dados: entrevistas semiestruturadas

Utilizaram-se entrevistas em profundidade semiestruturadas, técnica amplamente validada em investigação qualitativa para explorar percepções e significados (Greenhalgh et al., 2004). Esta técnica permitiu:

- captar racionalidades institucionais,
- reconstruir processos de implementação,
- identificar barreiras e facilitadores.

A guia de entrevista incluiu dimensões coerentes com o marco teórico:

- governança,
- sistemas de saúde,
- condições laborais,
- uso do CVSP,
- barreiras e boas práticas.

Seleção de participantes

Utilizou-se amostragem intencional de informantes-chave, orientado por critérios de relevância e experiência. Este tipo de amostragem é consistente com o enfoque interpretativo, onde o objetivo não é a representatividade estatística, mas a profundidade analítica (Greenhalgh et al., 2004). Os perfis selecionados refletem os níveis de governança analisados:

- responsáveis de nós,
- autoridades sanitárias,
- referentes OPS,
- atores acadêmicos.

Procedimento de coleta e análise de dados

Coleta

As entrevistas foram:

- individuais e coletivas,
- virtuais,
- gravadas,
- transcritas integralmente,
- realizadas com consentimento informado.

Previamente à entrevista, entregou-se um insumo quantitativo, o que permitiu orientar a análise para explicações causais, em linha com a triangulação metodológica.

Análise de dados

A análise realizou-se mediante codificação temática, combinando:

- categorias dedutivas (baseadas no marco teórico),
- categorias emergentes (derivadas do campo).

Utilizou-se o método de comparação constante, característico da teoria fundamentada (Glaser & Strauss implícito), o que permitiu:

- identificar padrões,
- construir categorias explicativas,
- comparar entre países.

Este enfoque evidencia-se na construção do *codebook* integrado e na emergência de categorias como:

- “política explícita”,
- “nó como órgão de tradução”,
- “ausência de dados como invisibilização”.

Triangulação

Realizou-se triangulação entre:

- dados qualitativos,
- evidência quantitativa,
- literatura teórica. Este procedimento fortaleceu a validade interpretativa, permitindo articular evidência empírica com marcos conceituais, tal como se explicita na análise.

2.2 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio da Fiocruz procurando atender todos os requisitos das Resoluções nº466/2012 e nº510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ainda, considerando que a pesquisa possui

relevante parceria e participação da Opas, como forma de garantir os aspectos éticos para o cumprimento das etapas metodológicas, por recomendação da própria organização, após a aprovação no comitê de ética da EPSJV o projeto também tramitou no comitê de ética da OPAS - PAHO Ethics Review Committee (PAHOERC), conforme exigência da organização.

A participação na pesquisa foi resguardada pelo Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE), documento legal, assinado pelo pesquisador responsável, e registrado por cada participante, cuja finalidade principal foi de protegê-las/os, bem como a equipe de pesquisa e a própria instituição, garantido as condições de realização do consentimento livre e esclarecido com pleno entendimento do processo e sem qualquer tipo de coerção. Além disso, foi priorizada no projeto a garantia de respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos participantes.

Desta forma, todas as/os participantes recrutadas/os pelo método “bola de neve”, ou seja, que receberam o convite e o link do questionário pelas/os informantes-chave ou sucessivamente por outras/os participantes, quando aceitaram participar da pesquisa, tiveram acesso ao RCLE e foram informadas previamente sobre os objetivos do estudo, a importância da sua participação, o teor do conteúdo do questionário, bem como seus riscos e benefícios, para uma tomada de decisão informada. O questionário só pode ser autopreenchido após a leitura do RCLE e aceite por parte da/o participante ao apertar o botão correspondente. No caso de recusa, o questionário foi automaticamente fechado. Ao final do autopreenchimento do questionário foi enviada uma cópia do RCLE à/ao participante da pesquisa para a guarda pessoal.

Em relação à participação dos Referentes Nacionais da Opas nas entrevistas, o RCLE foi enviado previamente junto ao e-mail convite para a participação no evento. No dia do grupo focal, após a autorização de gravação concedida pelas/os participantes, foi realizada a leitura em voz alta do RCLE, reforçando as informações sobre os objetivos da pesquisa, a importância da sua participação, a dinâmica do grupo focal, bem como seus riscos e benefícios, para uma tomada de decisão informada. O não aceite da gravação foi considerado como recusa a participação, sem qualquer ônus para a pessoa. O registro das/os que aceitaram participar se deu por meio de mensagem individual oral ou escrita, enviada no chat da plataforma.

Riscos e Benefícios

Considerando que toda pesquisa com seres humanos possui riscos em tipos e gradações variadas, nesse estudo, observa-se que os riscos são considerados baixos e podem estar associados a situações como desconforto em responder questões específicas e limitações inerentes à utilização de tecnologias digitais.

No caso de ocorrência de algum desconforto, foi informado e resguardado às/aos participantes o direito de interromperem temporariamente o autopreenchimento do questionário ou desistirem da sua participação a qualquer momento sem quaisquer ônus. Com relação aos riscos característicos do ambiente virtual, diante de dificuldades e dúvidas sobre o uso da tecnologia digital, as/os pesquisadoras/es responsáveis se disponibilizaram para serem contactadas/os por e-mail para esclarecimentos.

Entretanto, não se pode afastar totalmente o risco de vazamento deste material, dado as limitações das tecnologias utilizadas, ainda que este risco fosse pequeno. Assim, a fim de garantir a confidencialidade e o sigilo de toda e qualquer informação coletada e preservar o anonimato das/os participantes, a escolha pelas plataformas REDCap® e Microsoft Teams, ocorreu por estarem regidas pelas suas políticas de privacidade, bem como, ofertadas, recomendadas e resguardadas à luz da política de integridade em pesquisa da instituição. Bem como, o acesso às senhas para uso e ingresso na plataforma REDCap® foram de uso restrito da equipe de pesquisa. O acesso à sala de reunião para a realização das entrevistas individuais e coletivas teve controle de entrada mediante senha enviada individualmente às/aos participantes.

Os dados das/os participantes de ambas as etapas da pesquisa foram codificados pela coordenação da equipe para preservação do anonimato e mantidos em sigilo. Contudo, é reconhecida a impossibilidade de resguardar o anonimato das/os participantes durante as entrevistas, quando coletivas. Diante disto, as/os participantes foram informadas/os do risco, facultando-lhes a opção de desistirem de participar a qualquer momento da atividade. Posteriormente, as informações produzidas nessa etapa foram tratadas e sistematizadas de forma coletiva, preservando o anonimato e a individualidade de cada participante.

Todos os dados coletados na pesquisa foram armazenados em arquivos digitais, dos quais somente a equipe de pesquisa tem acesso aos mesmos. Os documentos em mídias ou papel, foram igualmente arquivados em local seguro e mantidos sob sigilo e guarda da coordenação da pesquisa. Ao final da pesquisa, todo material foi mantido em arquivo digitais, e será guardado por pelo menos 05 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/EPJSV, em seguida, elas serão destruídas.

Face ao ineditismo, à abrangência e ao valor estratégico da proposta de pesquisa para o campo da formação e do trabalho de Técnicas/os em Saúde na APS, os dados anonimizados poderão ser usados por pesquisadoras e pesquisadores para estudos futuros, sempre com autorização delegada da coordenação da pesquisa.

As informações fornecidas e coletadas pelas/os pesquisadoras/es foram conhecidas e analisadas pela equipe de pesquisa, dando origem a este relatório. E futuramente serão

utilizados para a produção de um livro digital, artigos científicos e seminário, onde poderão constar dados analisados e consolidados, e transcrições de partes ou todo da entrevista ou exposição oral na oficina.

O presente relatório poderá vir a ser publicado e divulgado por meio impresso e/ou digital. No entanto, será garantido que as informações obtidas serão confidenciais e que os resultados divulgados garantirão o anonimato das/os participantes.

A princípio, a participação na pesquisa não trouxe qualquer benefício direto as/aos participantes e informantes-chave, mas poderá contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas relacionadas ao campo da formação e do trabalho, colaborando para a visibilidade e fortalecimento das/os trabalhadoras/es Técnicas/os em Saúde e, conseqüentemente, para a qualidade da APS dos países envolvidos no estudo.

Por fim, garantiu-se que a pesquisa não implicou nem implicará em nenhum custo financeiro para as/os participantes e informantes-chave, mantendo o seu caráter voluntário.

2.3 Limites da Investigação

Os limites da investigação – entre a diversidade empírica e os desafios metodológicos

A investigação sobre as/os técnicas/os que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) na América Latina se depara, desde sua origem, com um conjunto expressivo de limites que não apenas condicionam seus resultados, mas também revelam aspectos estruturais do próprio campo de estudo. Esses limites não devem ser compreendidos como fragilidades isoladas, mas como parte constitutiva de uma agenda de pesquisa que se propõe a lidar com realidades complexas, heterogêneas e historicamente situadas.

Limites epistemológicos: quem são, afinal, as/os técnicas/os?

Um dos primeiros entraves da investigação reside na própria definição do objeto. A categoria “técnicas/os em saúde” não possui um significado unívoco entre os países da América Latina. Ao contrário, trata-se de uma noção ampla, polissêmica e socialmente construída, que abrange desde trabalhadores com baixa escolaridade formal até profissionais com formação tecnológica de nível superior.

Essa amplitude, embora politicamente relevante por reconhecer a diversidade do trabalho em saúde, impõe dificuldades analíticas importantes. A ausência de consenso conceitual

compromete a comparabilidade entre países e dificulta a construção de indicadores comuns. Além disso, a invisibilização histórica dessa força de trabalho — tanto em sistemas de informação quanto em estudos acadêmicos — reforça a fragilidade do campo, limitando a produção de conhecimento acumulado.

Dessa forma, o próprio esforço de nomear e classificar essas/os trabalhadoras/es revela um limite epistemológico fundamental: a investigação precisa, simultaneamente, definir seu objeto e reconhecê-lo em sua fluidez.

Limites metodológicos: entre padronização e diversidade

A opção por um estudo comparado em escala regional introduz desafios metodológicos significativos. A diversidade dos sistemas de saúde, das estruturas educacionais e das formas de organização do trabalho em cada país torna difícil a construção de instrumentos capazes de captar realidades tão distintas sem reduzi-las a categorias simplificadoras.

O uso de questionários estruturados, especialmente em formato online, evidencia essa tensão. Por um lado, permite alcançar um número maior de participantes e sistematizar dados de forma ágil; por outro, tende a limitar a apreensão das especificidades locais. O risco de “homogeneização forçada” é constante, sobretudo quando se utilizam categorias fechadas que podem não refletir adequadamente as experiências dos respondentes.

Além disso, a necessidade de traduzir o instrumento para diferentes idiomas e contextos culturais amplia a complexidade. Não se trata apenas de tradução linguística, mas de adaptação conceitual. Termos, categorias e níveis educacionais não possuem equivalência direta entre os países, exigindo soluções híbridas que, embora operacionais, introduzem novos desafios para a análise comparativa.

Assim, a investigação se equilibra entre dois polos: a necessidade de padronização, indispensável à comparação, e o respeito à diversidade, essencial à validade dos dados.

Limites operacionais: acesso, dados e redes

No plano operacional, a pesquisa enfrenta obstáculos relacionados à disponibilidade e à qualidade das informações. Em muitos países, há escassez de dados sistematizados sobre a força de trabalho técnica em saúde, especialmente no nível da APS. Documentos normativos, registros institucionais e bases de dados nem sempre estão disponíveis publicamente ou atualizados.

Essa lacuna impacta diretamente a triangulação metodológica proposta pelo estudo. A revisão documental, que deveria oferecer suporte contextual à análise dos dados empíricos, torna-se, em alguns casos, incompleta ou desigual entre os países.

Outro limite importante diz respeito à estratégia de amostragem por “bola de neve”. Embora adequada para alcançar populações de difícil identificação, sua eficácia depende fortemente da rede inicial de interlocutores. A seleção dessas “sementes” é, portanto, um ponto crítico: interlocutores com baixa capilaridade ou inserção limitada podem comprometer a representatividade da amostra.

Adicionalmente, o uso de plataformas digitais para coleta de dados, embora necessário em estudos de grande escala, pode excluir segmentos com menor acesso à internet ou menor familiaridade com tecnologias, introduzindo vieses na participação.

Limites analíticos: comparabilidade e interpretação

A análise dos dados produzidos também enfrenta desafios relevantes. A construção de variáveis comparáveis entre países exige processos de harmonização que, inevitavelmente, implicam perdas de informação. Ao alinhar categorias distintas, corre-se o risco de apagar nuances importantes das realidades nacionais.

Além disso, a comparação não pode se limitar à identificação de semelhanças e diferenças. Como apontado no campo dos estudos comparados, é necessário compreender as relações históricas e estruturais que produzem essas diferenças. Isso exige um esforço interpretativo que vá além dos dados quantitativos, incorporando dimensões qualitativas e contextuais.

Nesse sentido, a triangulação metodológica — combinando questionários, análise documental e grupos focais — surge como uma estratégia fundamental, mas também limitada pelas condições já mencionadas de acesso e disponibilidade de informações.

Limites políticos e institucionais

É importante também reconhecer que a investigação se insere em um campo atravessado por interesses políticos e institucionais. A produção de dados sobre a força de trabalho em saúde está diretamente relacionada à formulação de políticas públicas, à regulação profissional e à alocação de recursos.

A invisibilidade das/os técnicas/os não é apenas um problema técnico, mas também político. Tornar esse grupo visível implica questionar hierarquias profissionais, modelos de organização do trabalho e prioridades institucionais. Nesse contexto, a pesquisa enfrenta limites que extrapolam o âmbito acadêmico, exigindo articulações institucionais complexas e, muitas vezes, negociações com diferentes atores.

Limites na investigação das estratégias que favorecem a utilização do CVSP pelos técnicos em saúde

Por fim, a investigação sobre as estratégias que favorecem a utilização do CVSP pelos técnicos em saúde possui algumas limitações importantes que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, trata-se de um estudo qualitativo baseado em entrevistas com informantes-chave, o que implica uma dependência significativa de percepções, experiências e interpretações individuais. Ainda que esses atores tenham amplo conhecimento sobre o funcionamento dos nodos e das políticas de formação, suas visões não necessariamente representam a totalidade dos técnicos de saúde que utilizam — ou deixam de utilizar — o CVSP. Assim, há um risco de viés de elite informacional, no qual predominam perspectivas institucionais em detrimento das experiências cotidianas dos usuários finais.

Outro limite relevante refere-se à seleção dos países e dos participantes. Embora o estudo inclua uma diversidade de contextos nacionais, ele não abrange toda a heterogeneidade da América Latina e do Caribe. Além disso, a escolha de informantes vinculados a funções de gestão, consultoria ou academia pode restringir a compreensão de barreiras mais operacionais e concretas enfrentadas por técnicos em territórios periféricos, rurais ou com menor infraestrutura. Dessa forma, certos desafios práticos — como dificuldades tecnológicas no uso da plataforma ou limitações de letramento digital — podem estar sub-representados ou mediadas por interpretações indiretas.

A própria natureza comparativa do estudo também impõe restrições analíticas. A utilização de um codebook comum e de categorias transversais favorece a sistematização, mas pode reduzir a sensibilidade às especificidades contextuais de cada país. Em outras palavras, ao buscar padrões regionais, corre-se o risco de simplificar dinâmicas nacionais complexas ou de enquadrar realidades distintas em categorias analíticas uniformes. Isso pode levar a interpretações que privilegiam convergências em detrimento de singularidades institucionais, culturais e políticas.

Adicionalmente, a triangulação com dados quantitativos e literatura especializada fortalece a validade interpretativa, mas não elimina completamente limitações relacionadas à disponibilidade e qualidade dos dados secundários. Como o próprio estudo reconhece, há fragilidades nos sistemas de monitoramento e na produção de dados sobre técnicos de saúde, o que pode impactar tanto a análise quantitativa quanto a integração entre métodos. A ausência ou inconsistência de dados pode gerar lacunas interpretativas e dificultar a avaliação precisa do alcance e impacto do CVSP.

Deve-se também considerar o recorte temporal da pesquisa (2018–2023), fortemente influenciado pela pandemia de COVID-19. Embora esse período tenha sido crucial para compreender a expansão do uso de plataformas virtuais, ele também constitui um contexto excepcional, que pode não refletir padrões estruturais de longo prazo. O “efeito pandemia” pode ter inflado certos resultados — como o aumento do uso do CVSP — sem garantir sua

sustentabilidade futura. Assim, extrapolações para períodos pós-pandêmicos devem ser feitas com cautela, reconhecendo que parte dos achados está condicionada a um momento histórico específico.

Entre limites e possibilidades

Reconhecer os limites da investigação não significa desqualificá-la, mas situá-la em seu contexto real de produção. Trata-se de um estudo exploratório que, longe de oferecer respostas definitivas, busca formular perguntas relevantes e abrir caminhos para pesquisas futuras.

Os desafios enfrentados — conceituais, metodológicos, operacionais e políticos — são, em grande medida, constitutivos do próprio objeto de estudo. A diversidade da América Latina, a complexidade da APS e a heterogeneidade do trabalho técnico em saúde tornam impossível qualquer pretensão de totalização.

Ainda assim, é justamente nesse cenário que reside a potência da investigação. Ao explicitar seus limites, o estudo contribui para o avanço do campo, indicando lacunas, problematizando categorias e propondo novas abordagens. Mais do que produzir um retrato acabado, trata-se de um movimento de construção coletiva de conhecimento, orientado pelo compromisso de dar visibilidade a uma força de trabalho historicamente negligenciada.

Em síntese, os limites da investigação não são barreiras a serem superadas integralmente, mas elementos que orientam e qualificam o próprio processo de pesquisa, reafirmando a necessidade de abordagens críticas, contextualizadas e sensíveis à complexidade do real.

3 Resultados

3.1 Atenção Primária à Saúde

3.1.1 Abordagens conceituais

A Atenção Primária à Saúde (APS) nasce com a ideia de ser um espaço estratégico na composição dos sistemas de saúde na América Latina.

Essa região, cujos sistemas de saúde historicamente foram influenciados pelas desigualdades sociais, pela segmentação e fragmentação da provisão de serviços e também pelo subfinanciamento crônico, não considera a APS apenas como o “ponto de entrada” para esses sistemas, mas a reconhece como um marco organizador para serviços voltados a assegurar equidade e integralidade do cuidado, além de coordenação entre redes e territórios, com participação social e uma abordagem intercultural quando necessário.

A APS na América Latina assume um mosaico de arranjos nacionais, incluindo não apenas trajetórias históricas, mas também o desenho institucional, o tipo e o nível de financiamento, a organização federativa e até mesmo os arranjos político-institucionais de cada país.

Dentro desse emaranhado contextual, a APS na América Latina é um campo heterogêneo em que modelos conceituais se entrelaçam de forma intrincada.

Da proteção social como marco da APS e sua conceitualização para a América Latina

Uma melhor compreensão dos caminhos para os atuais desafios e oportunidades da Atenção Primária à Saúde (APS) na América Latina requer analisar sua trajetória histórica vinculada aos modelos de proteção social. Nessa trajetória, há uma tensão constitutiva entre legados corporativistas, projetos vivos baseados em direitos universais e a imposição de mecanismos de mercado—uma interação que se reflete e é moldada tanto pelos marcos globais da Alma-Ata (1978) quanto de Astana (2018) (Giovannella et al., 2019).

A proteção social em saúde na região assumiu inicialmente um modelo do tipo bismarckiano, restrito aos trabalhadores urbanos formais e negligenciando as populações rurais, informais e indígenas; isso gerou uma cidadania fragmentada (Machado, Lima & Baptista, 2017). A Conferência de Alma-Ata representou uma mudança de paradigma, convocando uma reorganização relevante: que a saúde fosse considerada um direito humano fundamental e que a atenção primária à saúde (APS) abrangente fosse o meio de

alcançá-lo com base na universalidade, na participação comunitária e na ação sobre determinantes sociais. Esse ideal, entre outros, inspirou movimentos reformistas (incluindo a construção do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil).

Ainda assim, essa visão foi redirecionada pela crise da dívida dos anos 1980 e pelas políticas de ajuste estrutural que defendiam uma redefinição neoliberal da proteção social (Armada, Muntaner & Navarro, 2001). Nesse cenário, o Estado concentraria recursos nos mais pobres, enquanto a concorrência de mercado seria introduzida na provisão dos serviços (Homedes & Ugalde, 2005). Essa agenda promoveu a fragmentação e a mercantilização dos sistemas de saúde, e a própria APS raramente ultrapassou a ideia individualista de um “primeiro nível de atenção” ou mesmo pacotes verticais de intervenções — o que se convencionou chamar de “APS seletiva” — esvaziando-a em grande medida de seu sentido transformador (Cueto & Palmer, 2014; Ramírez et al., 2011).

Por isso, é importante diferenciar a APS como uma abordagem geral para reorganizar os sistemas de saúde, como previsto em Alma-Ata, do entendimento de um primeiro nível de atenção, o que significa um lugar funcional na hierarquia dos serviços e que, em geral, fica restrito a ações de atenção primária (Ramírez et al., 2011). A confusão entre esses conceitos e a redução do primeiro ao segundo conduzem a modelos fragmentados que não avançam a equidade nem reorientam os sistemas de saúde.

No entanto, a materialização efetiva da APS como estratégia para todo o cuidado reside, exatamente, no trabalho territorial de base e na natureza voltada para a comunidade. Isso é organizado de acordo com atividades realizadas por equipes multiprofissionais em áreas geográficas definidas, fortalecendo a prevenção, a promoção da saúde, a vigilância e o cuidado contínuo dentro da territorialização e da participação comunitária, utilizadas necessidades de mapeamento. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nesse contexto, podem ser uma figura fundamental.

Com raízes históricas comuns, quarenta anos após Alma-Ata, a Conferência de Astana (2018) teve como objetivo reafirmar o compromisso com a APS, assentando princípios como equidade e ação sobre os determinantes sociais (Giovanella et al., 2019). No entanto, seu discurso sobre “Cobertura Universal de Saúde” (CUS) incorpora uma ambiguidade estratégica que pode se prestar tanto a sistemas universais de saúde pública quanto a modelos que sustentam a segmentação e os fundamentos da lógica do pacote básico de benefícios. Assim, Astana é um campo de batalha para a América Latina.

O futuro da APS na região será determinado com base em qual projeto prevalece recaptura do espírito que animou Alma-Ata, por meio de sistemas universais e de uma força de trabalho respeitada baseada na comunidade, ou por meio de versões pragmáticas que normalizam a fragmentação. Os debates sobre o conceito de APS são, no fim das contas, o

conflito sobre tornar o trabalho territorial e comunitário o eixo principal na construção de proteções sociais profundas, equitativas e desmercantilizadas.

A diversidade de abordagens na região, conforme delineada abaixo, deve ser compreendida caso a caso, devido à vulnerabilidade dos esquemas de proteção social e aos marcos político-legais vinculantes que predominam em cada país.

3.1.2 Marcos da APS em países da América Latina pelo Mapeio

A análise integra uma revisão dos modelos e marcos de APS nos 19 países que compõem o escopo desta pesquisa, sistematizando os instrumentos político-legais mais importantes de cada nação. No mínimo, para oferecer um panorama geral que nos permita entender como diferentes configurações institucionais podem fazer a capacidade da APS funcionar como a porta de entrada de escolha, como coordenadora do cuidado e promotora de equidade em sistemas de saúde marcados por profundas desigualdades.

A seguir, apresenta-se uma breve contextualização de cada um dos países estudados:

1. *Argentina: Fragmentação Federativa e Programas de Indução*

A Argentina é um país com uma tradição federalista muito forte e o principal tema em seu sistema de saúde sempre foi a sua fragmentação. Não há uma única lei nacional estável de APS; ao contrário, sua organização no primeiro nível entre províncias é muito heterogênea devido às capacidades fiscais e de gestão desiguais (Novick 2017).

O modelo de saúde apresentado no Plano Federal de Saúde de 2004 se baseia na higiene organizacional e na construção de redes de cuidado, centradas em um sistema de organização da APS com abrangência e integralidade da assistência, prevenção, promoção da saúde e reabilitação (Stolkiner, 2011). Ainda assim, a estratégia de APS na Argentina é caracterizada por uma “polissemia” de dispositivos de cuidado — interligados por meio dos diferentes modelos de cuidado, o que é uma característica inerente à heterogeneidade do sistema (Ballesteros 2017).

Existem dois programas nacionais que impulsionam a APS: o Programa Remediar (2002) para facilitar o acesso no primeiro nível de atenção (medicamentos essenciais) e o Programa Plano Nacer/SUMAR 4. 2004/2012 para aumentar a cobertura de populações vulneráveis — principalmente relacionadas à saúde materno-infantil — por meio de incentivos financeiros aos prestadores.

Esta estrutura produz um APS cuja eficácia difere dramaticamente de uma jurisdição para outra, problemas graves de coordenação entre os três subsistemas (público, obras sociais e privado) (Yavich, 2016) - e garante continuidade do cuidado (Ballesteros, 2017 & Novick et. al., 2017).

2. Belize: Financiamento e Organização em Pequena Escala

Belize, por ser um país de pequena população, tem seu sistema de APS (Serviços de Saúde Aliados) estabelecido em torno de Unidades de Atenção Primária à Saúde entre distritos, coordenadas pelo Ministério da Saúde (Belize, 2000). Durante os anos 1990 e por alguns anos ao longo dos anos 2000, teve forte ênfase na descentralização, fortalecendo as clínicas de atenção primária com foco em programas de imunização, saúde materna e infantil, bem como no controle de doenças transmissíveis, frequentemente em parceria com agências regionais (Belize, 2008; OAS/PAHO, 2012). A principal estrutura de financiamento e organização para a saúde no país é o Seguro Nacional de Saúde (NHI), que vem sendo implementado progressivamente desde 2001 com o objetivo de ampliar o acesso a serviços essenciais.

3. Bolívia: Interculturalidade e Reorganização Sistêmica

Em 2008, a Bolívia instituiu explicitamente um modelo institucionalizado explícito, o Modelo SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural), que orienta a Atenção Primária à Saúde (APS) para a territorialidade, a participação comunitária e a interculturalidade, em resposta às demandas de seus Povos Indígenas ao longo da história (Bolívia, 2008; OPAS, 2010). Antes desse importante marco, a Constituição Política do Estado Plurinacional (2009) já havia definido a saúde como um direito e nomeado o sistema como intercultural (Bolívia, 2009). Na contextualização do SUS em 2019, aponta para uma expansão do acesso e para a reorganização da provisão pública sob uma lógica mais integrada e universalista. Coletivamente, esses marcos indicam uma APS universal e culturalmente aceitável, mas a implementação em larga escala tem barreiras substanciais a superar, além de financiamento sustentável contínuo e integração eficaz na rede de serviços especializados.

4. Brasil: da Estratégia de Saúde da Família ao Universalismo e à Territorialização

O Brasil possui uma das regulações mais completas da América Latina. Com esses princípios e parâmetros, a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) criaram o Sistema Único de Saúde (SUS), (Ortega, 2023, Conill, 2008). As raízes da APS remontam ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) criado em 1940 e também se referem a programas desenhados por coordenações de departamentos de medicina preventiva e secretarias de saúde ao longo das décadas seguintes (Fausto e Matta, 2007).

Esse sistema é operacionalizado principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), criada no Brasil em 1994 (Morosini, 2007, Bezerra,2011 e Starfield, 2002). A ESF organiza equipes multiprofissionais responsáveis pelas populações cadastradas de acordo com territórios definidos.

A APS é defendida como a porta de entrada do SUS, por meio de Políticas Nacionais de Atenção Primária (Brasil 2006, 2012). Considerada como um “modelo forte de APS”, enfrenta desafios como subfinanciamento crônico, fragmentação regional e dificuldades em fazer a ligação com os serviços de pessoas através da rede especializada. (Villasbôas,2024 e Friestino,2024)

5. Chile: Reformas e Institucionalização Municipal

O Chile também possui uma lei para licenciamento específico da atenção primária à saúde (APS) combinada com uma reforma de garantias que pode levar à desagregação dos fluxos. O Estatuto de Cuidados de Atenção Primária Municipal foi criado sob a Lei n.º 19.378 (1995), que institucionalizou as premissas para a força de trabalho do primeiro nível. Por outro lado, as Garantias Explícitas no Sistema de Saúde (AUGE/GES) (Chile, 2005; OPAS, 2011), em funcionamento desde 2004, estabeleceram um marco normativo pelo qual o acesso, a pontualidade e a qualidade são garantidos legalmente remodelando a demanda por serviços (Fajuri, 2007) A municipalização da atenção primária e a criação dos Centros de Saúde Familiar (Centros de Salud Familiar—CESFAM), sob um Modelo Abrangente de Atenção à Saúde para Famílias e Comunidades (Chile, 2009) expandem o primeiro nível como coordenador do cuidado. O duplo arcabouço centraliza a gestão do acesso e o cumprimento das garantias em torno da APS, exigindo forte capacidade para coordenação dos fluxos e integração com a atenção especializada — revelando gargalos na capacidade resolutiva do primeiro nível [(Frenz,2007 e Peese – Sorensen, 2019)

6. Colômbia: Tensão entre Mercado e Integralidade

O sistema de saúde colombiano passou por uma transformação radical com a Lei 100 de 1993, consolidando um modelo de competição regulada entre seguradoras (EPS) e prestadores, caracterizado por “pluralismo estruturado” (Colômbia, 1993; OPAS, 2010). Esse arcabouço de cobertura e segmentação moldou drasticamente a APS e, muitas vezes, a colocou em lógicas contratuais e de mercado. Para corrigir as distorções do modelo original e leis subsequentes, incluindo a Lei 1438 (2011) e a Lei Estatutária 1751 (2015), buscaram reforçar a APS como a espinha dorsal do sistema e consolidar a saúde como um direito estrutural (Macinko,2018). Isso significa que a APS colombiana vive em constante tensão entre ela mesma e a lógica do mercado de fragmentá-la, sendo desafiada cronicamente por questões de coordenação e continuidade (Cairo,2024).

7. Costa Rica: EBAIS e a consolidação de um modelo bem-sucedido

A Costa Rica é frequentemente citada como um exemplo de um sistema de APS (Atenção Primária à Saúde) integrado e forte. Uma reforma em que equipes multiprofissionais estruturam este primeiro nível com um papel claro de controle de acesso e com alta integração na rede hospitalar foi implementada por meio da criação dos Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) desde os anos 1990 (Spigel,2020). Um modelo de EBAIS robusto, e um sistema de seguridade social bem estruturado (Caja Costarricense de Seguro Social), proporcionam excelentes indicadores de saúde e são as principais razões atribuídas à sustentabilidade, eficiência e equidade do sistema de saúde da Costa Rica (Costa Rica, 2002; OPAS, 2008,). Este modelo se caracteriza pela longitudinalidade do cuidado e pela orientação familiar, como destacado em estudos (Pesec, 2017).

8. Cuba: O Modelo Definitivo de Medicina de Família

Cuba opera o Programa del Médico y la Enfermera de la Familia desde 1984, um modelo clássico e único de atenção primária à saúde (APS) plenamente incorporado ao Estado. Obrigações baseadas na atribuição territorial, no trabalho junto à comunidade e nos vínculos com policlínicas (unidades de referência) moldam o caráter intensivo e preventivo do modelo cubano — que é preventivo e promotor de saúde (Whiteford,2007). A literatura internacional o classifica como um modelo de APS com forte capacidade de coordenação e de atuação sobre os determinantes sociais, embora seu contexto político-econômico específico lhe confira limitada transferibilidade (Cuba, 2005; Frenk et al., 2010):

9. Equador: Direitos Constitucionais e Interculturalidade

Em 2008, o Equador estabeleceu uma boa base constitucional com a Constitución, que consagra a saúde como direito e dever do Estado. (Equador, 2008; OPAS, 2012). Essa estrutura regulatória é colocada em prática por meio do MAIS-FCI (Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural) em 2012 (Equador, 2012), e promove a territorialização da APS, ações de participação comunitária e interculturalidade (Tejerina, 2009). Tal como a Bolívia, este modelo é um esforço explícito para construir um sistema de saúde mais equitativo e culturalmente adequado, ao abordar a diversidade étnica do país. A parte difícil é a ponte entre esses princípios e as práticas diárias, além de superar barreiras históricas de acesso.

10. El Salvador: Reestruturação com ECOS Familiares em El Salvador

Com os ECOS Familiares (Equipos Comunitarios de Salud Familiar) (El Salvador, 2009) , o El Salvador realizou uma reforma de avanço do primeiro nível de atenção à saúde em 2009, ao

reorganizá-lo em torno de equipes comunitárias e familiares. (Doubova, 2016). A Estrategia de Atención Primaria en Salud Integral estabelece a atenção primária à saúde como o eixo para reorganizar o sistema público (El Salvador, 2010; OPAS, 2012). Os ECOS são equipes multiprofissionais que atuam em determinados territórios sob a orientação de ações de promoção, prevenção, atenção e participação comunitária, com a finalidade de ampliar a cobertura e a capacidade de resolução de problemas. As preocupações relativas à sua sustentabilidade financeira e à sua capacidade de integração na rede dificultam a implementação.

11. Guatemala: SIAS e heterogeneidade na implementação

Ao lidar com os serviços básicos de saúde, a Guatemala operacionalizou seu sistema Vital Source integrado de cuidados de saúde 31 até outubro de 2023. As SIAS nacionais geralmente são contratadas junto a prestadores não governamentais e, em conjunto, isso resulta em um sistema heterogêneo e fragmentado. A Atenção Primária à Saúde na Guatemala é caracterizada por profundas desigualdades tanto no acesso quanto na qualidade, o que também reflete a desigualdade socioeconômica do país. A literatura enfatiza os desafios críticos de coordenação, financiamento e capacidade institucional a esse respeito (Fort, 2011).

12. Honduras: Modelo nacional e variação territorial

Desde 1990, Honduras tem tido um movimento de expansão da cobertura associado a unidades de saúde pertencentes ao Ministério da Saúde; logo depois, seguiu-se um foco na formação de redes integradas e em modelos de gestão descentralizada (Honduras, 2010; OPAS, 2010). A Atenção Primária à Saúde (APS) é reafirmada como uma estratégia prioritária para combater o grande peso do risco em doenças transmissíveis e em problemas de saúde materna e infantil, de acordo com o Modelo Nacional de Saúde aprovado na década de 2010 (Honduras, 2012). A implementação da cobertura universal será fortemente influenciada pela disponibilidade no mercado e será gerida com competência em cada território local. Persistem desafios decorrentes da disponibilidade de recursos humanos, financiamento e infraestrutura, agravados pela instabilidade política contínua e por desastres naturais.

13. México: Segmentação, Seguro Popular e Transições Mais Recentes

O sistema de saúde mexicano há muito tempo é segmentado entre diferentes instituições (IMSS, ISSSTE e Secretaría de Salud). A reforma com a criação do Seguro Popular, em 2003, foi planejada para aumentar a cobertura financeira para populações fora da seguridade social formal e, portanto, teve grande influência no acesso à APS e em sua organização

Ainda assim, o modelo permanece fragmentado e é criticado por sua qualidade e abrangência. O INSABI substituiu o Seguro Popular em 2019 e vem sendo implementado em direção a um sistema mais integrado ao setor público, com seus resultados e consolidação ainda sendo avaliados (Borja – Aburto, 2024).

14. Nicarágua: MOSAFC e a Abordagem Família-Comunidade.

Na Nicarágua, o MOSAFC (Modelo de Saúde Familiar e Comunitária) foi adotado em 2007 como um marco institucional que promove a APS voltada ao cuidado com a família e a comunidade, por meio da territorialização e da participação social (Nicarágua, 2007). Em segundo lugar, a Política Nacional de Saúde 2004–2015 e os documentos relacionados reforçam as unidades de primeiro nível, os agentes comunitários de saúde e a participação social na construção de uma APS mais próxima dos territórios (Nicarágua, 2004; OPAS, 2011). O modelo tem como objetivo alinhar a promoção da saúde, a prevenção e outras atividades básicas de cuidado clínico necessárias no primeiro nível com os princípios da APS abrangente. Ele enfrenta o mesmo desafio de financiamento limitado e de fraca capacidade de resolução de problemas para sua implementação adequada (Muiser, 2011).

15. Panamá: Planos, Modelos e Segmentação de Instituições

No Panamá, não há também uma “lei de APS”, mas planos — como as estratégias e os modelos que orientam tanto a forma como o primeiro nível é organizado quanto as redes de atenção integrada. Essa é uma característica marcante de um sistema que tradicionalmente foi dividido entre o Ministério da Saúde (MINSa) e a seguridade social (Caja de Seguro Social - CSS). A APS no Panamá é heterogênea, dependendo da capacidade de gestão local e da coordenação interinstitucional, um grande desafio devido ao dualismo do sistema. Na literatura, há uma referência recorrente a desigualdades no acesso e na qualidade entre os subsistemas (Grant, 2011).

16. Peru: Cobertura Universal e Modelo de Cuidado Abrangente

Avançando o Peru por meio de dois marcos complementares, a Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) em 2009, que criou uma estrutura para a proteção financeira, e o Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) (com versões entre 2004–2011) que orienta a organização do cuidado ao longo do curso de vida e do território (Herrera – Ananzco, 2026 e Cairo, 2024). Dentro dessa dupla estrutura, a atenção primária (APS) está na linha de frente do desafio, que vai desde uma cobertura financeira adequada até o acesso e um bom cuidado. Na atenção primária peruana, já existe um tipo de tensão entre a lógica do seguro/garantia (mais propensa a sustentar um modelo curativo) e a aspiração por um cuidado integrativo e coordenado.

17. República Dominicana: Segmentação das Leis Fundamentais

A base do arcabouço legal na República Dominicana é composta por duas leis promulgadas em 2001; a Ley General de Salud N° 42-01, que organiza o sistema de saúde, e a Ley N° 87-01, que cria o sistema de seguridade social. (República Dominicana, 2001a, 2001b) Essa dupla configuração reproduz e amplia a segmentação do setor. A atenção primária costuma ser entendida como o primeiro nível que organiza o acesso e a necessidade primária, mas sua capacidade geral de abrangência e coordenação é altamente condicionada pela arquitetura dos benefícios e pela forma como os provedores estão organizados. (República Dominicana, 2005).

18. Uruguai: Integração em um Sistema por meio do SNIS

A esse respeito, a Lei n.º 18.211 foi um passo decisivo dado pelo Uruguai, em 2007, estabelecendo o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) como um quadro jurídico que combina a prestação de cuidados tanto de serviços públicos de saúde quanto de prestadores privados. Nesse processo, a integração dos subsistemas público e privado visa contrariar a fragmentação histórica sob um quadro comum de governança (República Dominicana, 2005). A APS é fortalecida como coordenadora do cuidado e ponto de entrada, com foco no cuidado familiar e comunitário no âmbito do SNIS. Um caso bem-sucedido de criação de condições institucionais mais favoráveis para uma APS forte e integrada é frequentemente referido como a reforma uruguaia (Uruguai, 2008).

19. Venezuela: Expansão Territorial e Estruturas Constitucionais

Os marcos da Venezuela são de duas ordens: a Constituição de 1999, que define a saúde como um direito e um dever do Estado, e a Misión Barrio Adentro (2003), um amplo programa de expansão territorial para serviços do nível primário, particularmente em áreas urbanas de setores mais baixos (Venezuela, 2004, 2007). Essa estratégia reúne uma grande rede de clínicas populares e módulos de atenção primária articulados com o Sistema Nacional de Saúde Pública, buscando confluir a territorialidade das equipes de saúde com uma agenda mais ampla de inclusão social (Breilh, 2007). Ao examinar a literatura crítica na América Latina, a abordagem redefine a atenção primária como um campo de cuidado, participação comunitária e disputa em torno de um projeto de sociedade, com tensões relacionadas à sustentabilidade, à qualidade e à inserção na rede vigente.

3.1.2.1 *Diversidade de Sistemas ou Redistribuição de Tensões: Uma Comparação Regional*

A análise dos 19 países mostra algumas diferenças regionais marcantes:

i. Tensão entre Universalismo vs. Segmentação: um continuum entre modelos universais integrados (Brasil, Costa Rica, Cuba, Uruguai) e modelos segmentados (Argentina, Colômbia, Chile, México-República Dominicana), com forte fragmentação institucional na atenção primária (Giovanella, 2017).

ii. Diversidade de Estratégias Operacionais: a operacionalização da atenção primária varia de estratégias territorializadas (por exemplo, ESF no Brasil, EBAIS na Costa Rica, Médico de Família em Cuba) a modelos de financiamento/cobertura (Seguro Popular no México, AUGE/GES no Chile, AUS no Peru);

iii. Introdução da Abordagem Intercultural: Estados com grandes povos indígenas (Brasil, Bolívia, Equador, Guatemala) criaram modelos que incluem explicitamente a interculturalidade (SAFCI; MAIS-FCI), uma importante inovação na atenção primária latino-americana (Tejerina, 2009)

iv. Programas nacionais indutores: em alguns países (Argentina, Venezuela, El Salvador), programas nacionais específicos (Remediar, Barrio Adentro, ECOS) são os principais impulsionadores da atenção primária — muitas vezes sem leis abrangentes.

3.1.2.2 *Desafios e Perspectivas*

Embora haja uma ampla variedade de modelos representados na literatura, desafios consistentemente regionais emergem:

- A fragmentação dos cuidados e a segmentação dos subsistemas continuam a ser o maior obstáculo à APS como coordenadora entre os subsistemas, ao criar duplicação, ineficiência e desigualdade;
- O subfinanciamento crônico da APS em muitos países, em grande medida focado em prevenção e promoção, e a ampla dependência de gastos diretos do próprio bolso das famílias são profundamente insuficientes (Bascolo, 2016 e Frank, 1992).

- Crises na Gestão do Trabalho: A escassez, a distribuição geográfica desigual, a desvalorização profissional e a falta de formação adequada para o trabalho em equipe e o trabalho comunitário restringem severamente a capacidade de resolução de problemas (Carpio, 2015 e Dois, 2018).
- Deficits de Governança e Coordenação: A questão da desconexão entre os níveis de atenção não é nova, com a APS frequentemente lutando para coordenar redes de cuidado em reconhecimento um elo fraco com os níveis superiores (Perez, 2017)
- Desigualdades Existentes: Desigualdades profundas no acesso à APS e na sua qualidade permanecem entre e dentro das regiões, grupos étnicos e estratos socioeconômicos, espelhando as desigualdades sociais endêmicas incorporadas na região (Fort, 2011 e Maceira, 2024)

Com a pandemia de COVID-19 e os movimentos de reformas nos sistemas de saúde, aguçou-se a discussão acerca do fortalecimento da APS como eixo dos sistemas de saúde. As perspectivas sinalizam para a importância de se superar a fragmentação através da construção de redes integradas; do investimento estratégico no primeiro nível; do desenvolvimento de trabalho qualificada e motivada; e da garantia que a APS seja verdadeiramente inclusiva e responsiva às necessidades diversas das populações

A APS na América Latina vive um momento de paradoxal: nunca esteve tão presente no discurso político como estratégia-chave para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, mas sua implementação continua a esbarrar em obstáculos estruturais profundos.

A comparação entre os 19 países não revela uma única via, mas mostra que o maior avanço foi alcançado onde um robusto quadro de Estado de Direito universalista se intersectou com uma estratégia inequívoca para a territorialização do assentamento e com financiamento adequado.

3.1.3 Configuração do trabalho das Técnicas/os em Saúde na APS nos países: onde atuam e o que fazem

Esta seção apresenta um panorama sobre a atuação das Técnicas/os em Saúde na APS da América Latina, a partir da percepção das/os respondentes do inquérito sobre três aspectos. O primeiro diz respeito aos tipos de estabelecimentos que compõem a APS em seus países, que contou com as respostas de especialistas e de técnicas/os em saúde. O segundo, envolve quais são os seus principais locais e áreas de atuação, e o terceiro revela

tipos de atividades e práticas que são realizadas por estas/es trabalhadoras/es. Estes dois últimos contaram com a participação apenas das/os técnicas/os em saúde.

Em geral, pode-se dizer que há um grau de certeza dos resultados, diante do baixo percentual de respostas que afirmam não saber ou que havia outras informações a acrescentar segundo a percepção das/os respondentes. E, em relação a participação maciça do Equador, os dados foram analisados com e sem a informação do país, de forma a avaliar de que forma o peso de sua participação afeta os resultados regionais de cada um dos três aspectos aqui abordados, percebendo diferenças no resultado regional sobre os locais e áreas de atuação.

Vale destacar que as análises tiveram um olhar regional, ou seja, sobre os 16 países considerados para a etapa analítica, seguidos de um olhar nacional, com recorte país a país, buscando apresentar alguns destaques relevantes para o estudo.

3.1.3.1 Tipos de estabelecimentos que compõe a APS na América Latina

A análise acerca dos estabelecimentos de saúde compõe a APS levou em consideração os tipos de unidades apontados na revisão bibliográfica e documental (Levino e Carvalho, 2001; Giovanella e Almeida, 2017; Isags, 2015; Opas, 2025; Brasil, 2017; Reis e Silva, 2024). Diante de um conjunto grande de tipologias, buscou-se agrupá-las conforme suas diferentes características, nível de complexidades e densidades tecnológicas.

Sobre os resultados, vale destacar o grau de certeza das/os participantes da pesquisa sobre o tema em questão, visto que poucas/os afirmaram que não sabem ou precisaram incluir outras respostas (0,4%). Ainda, mesmo que a participação do Equador nesta questão tenha um percentual significativo de 40,1% (n= 3.281) sobre o total de respostas regional (n=8.152), os resultados nacionais do país não afetaram a ordem de ranqueamento, em termos percentuais, entre as tipologias de estabelecimentos desse bloco, ao desconsiderar os dados deste país.

Em conformidade com as autoras e autores citados mais acima, a APS nos países estudados é fortemente realizada em Centros de Saúde, Unidade Básica de Saúde (UBS) e Postos de Saúde, segundo a opinião das/os 2.466 técnicas/os e especialistas que participaram da pesquisa. O resultado regional apresentado na Tabela 01 revela que este conjunto de estabelecimentos obteve um percentual de 44,3% (n=3.614) do total das respostas (n=8.152), lembrando que se admitia mais de uma resposta. Avaliando os resultados nacionais, país a país, no Equador, no Peru, na Guatemala e no Paraguai, estes

tipos de unidades obtiveram um percentual de respostas ainda maior que o regional, respectivamente 62,1%, 50,6%, 48,3% e 44,9%.

Em segundo lugar, Hospitais com internação e Unidades de Urgência e Pronto Atendimento obtiveram um percentual regional de 18,2% (n=1.482) sobre o total de respostas (n=8.152), o que também condiz com a literatura reportada acima. Sobre a análise dos resultados nacionais do inquérito, país a país, destaca-se que, 10 dos 16 países apresentam percentuais superiores ao regional. Nos seis demais países, estes tipos de estabelecimentos obtiveram percentuais muito inferiores, tais como Paraguai (4,7%), Uruguai (6%); um pouco abaixo, como o Equador (12,5%), ou próximos ao resultado geral, como Honduras (17,8%), Brasil (17,1%) e Peru (16,9%). Ainda assim, praticamente em nenhum país os resultados sobre estes tipos de estabelecimentos se sobrepõem, em termos percentuais, aos resultados sobre os Centros de Saúde, UBS e Postos de Saúde, com exceção da Venezuela, com uma diferença de quase 6 pontos percentuais a mais do total geral dos países, e do Chile, cujo percentual é quase equivalente (Tabela 01).

Em relação às unidades que caracterizam o modelo de APS baseado na saúde familiar e que atendem a grupos populacionais mais específicos como a população indígenas e ribeirinha, estas obtiveram um percentual regional de 15,2% (n=1.241) do total de respostas (n=8.152) e envolvem as Unidades de Saúde da Família/Clínicas da Família, Unidades de Atenção à Saúde Indígena e Unidades Móveis Fluviais. Ao analisar país a país, em alguns deles, estas unidades obtiveram percentuais nacionais de respostas superiores ao resultado regional sobre estes tipos de unidades, com destaques para o Paraguai (43,9%), Brasil (29,2%), México (22,6%), Chile (22,2%), e El Salvador (19,2%). Na Colômbia, República Dominicana e Uruguai os percentuais de respostas nacionais foram próximos ao resultado geral, 15,5%, 15,6% e 16,4%, respectivamente. Bolívia, Peru e Equador apresentaram os menores percentuais (2%, 6,3% e 9,9%, respectivamente), conforme explicitados na Tabela 01.

Outro conjunto de estabelecimentos, cujas características sugerem um modelo de APS que conta com as especialidades médicas e outros serviços mais especializados, compreendem os ambulatórios, hospitalares/especializados e as Policlínicas. O resultado regional deste conjunto obteve 13,8% (n=1.129) do total de respostas (n=8.152). Há países nos quais estes tipos de unidades, pela avaliação individualizada país a país, obtiveram um percentual nacional menor, como Paraguai (3,7%), Guatemala (8,4%), Equador (9%) e Costa Rica (12,1%). Por outro lado, Uruguai, Bolívia, Venezuela e República Dominicana, são países cujos percentuais nacionais foram muito maiores (43,3%, 30,6%, 28,8% e 26%, respectivamente).

Por último, conforme os resultados dispostos na Tabela 01, os Laboratórios e Centros de diagnósticos, na percepção das/os respondentes especialistas e técnicas/os em saúde, também se configuram como estabelecimentos da APS, mesmo que em menor escala, cujo

resultado regional alcança o percentual de 7,1% (n=581). Enquanto em 11 países os percentuais nacionais de respostas são mais elevados do que o resultado regional, no Paraguai, na Bolívia, no Uruguai e no Equador, os percentuais nacionais são menores (2,8%, 4,1%, 4,5% e 5%, respectivamente).

Pela análise em questão, a diversidade institucional apontada pelas/os respondentes reforça que a APS latino-americana não se restringe a um único tipo de estabelecimento, mas se estrutura a partir de um conjunto de unidades com distintas tipologias, o que repercute diretamente nos perfis de Técnicas/os em Saúde que atuam na APS, bem como em suas atividades, atribuições e práticas.

Tabela 01: Tipos de estabelecimentos que compõem a APS da América Latina, segundo a opinião das/os respondentes especialistas e técnicas/os em saúde – 2025

Tipos de estabelecimento	Centros de Saúde, UBS e Postos de Saúde		Hospitais com internação e Unidades de Urgência e Pronto Atendimento		USF, Clínicas da Família, Unidades de Atenção à Saúde Indígenas e Unidades Móveis Fluviais		Ambulatórios hospitalares/ especializados e Policlínicas		Laboratórios/ Centros de Diagnóstico		Não sabe e outras		Total de respostas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
País														
EC	2038	62,1%	410	12,5%	326	9,9%	296	9,0%	164	5,0%	8	0,2%	3281	40,1%
CO	373	32,4%	283	24,6%	178	15,5%	190	16,5%	107	9,3%	5	0,4%	1151	14,1%
BR	280	29,5%	162	17,1%	277	29,2%	156	16,4%	73	7,7%	1	0,1%	950	11,6%
AR	280	35,4%	208	26,3%	93	11,7%	145	18,3%	56	7,1%	4	0,5%	792	9,7%
MX	191	27,8%	158	23,0%	155	22,6%	109	15,9%	68	9,9%	1	0,1%	687	8,4%
CL	62	25,5%	59	24,3%	54	22,2%	45	18,5%	20	8,2%	3	1,2%	243	3,0%
PE	84	50,6%	28	16,9%	11	6,6%	25	15,1%	17	10,2%	1	0,6%	166	2,0%
SV	43	28,5%	37	24,5%	29	19,2%	22	14,6%	17	11,3%	3	2,0%	151	1,8%
GT	69	48,3%	33	23,1%	9	6,3%	12	8,4%	16	11,2%	2	1,4%	143	1,7%
HN	44	37,3%	21	17,8%	16	13,6%	23	19,5%	13	11,0%	0	0,0%	118	1,4%
PY	48	44,9%	5	4,7%	47	43,9%	4	3,7%	3	2,8%	0	0,0%	107	1,3%
VE	21	20,2%	27	26,0%	15	14,4%	30	28,8%	9	8,7%	1	1,0%	104	1,3%
DO	19	24,7%	16	20,8%	12	15,6%	20	26,0%	8	10,4%	0	0,0%	77	0,9%
UY	19	28,4%	4	6,0%	11	16,4%	29	43,3%	3	4,5%	1	1,5%	67	0,8%
CR	24	36,4%	20	30,3%	7	10,6%	8	12,1%	5	7,6%	0	0,0%	66	0,8%
BO	19	38,8%	11	22,4%	1	2,0%	15	30,6%	2	4,1%	0	0,0%	49	0,6%
TOTAL	3614	44,3%	1482	18,2%	1241	15,2%	1129	13,8%	581	7,1%	30	0,4%	8152	100,0%

Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025.

3.1.3.2 *Locais e áreas de atuação das/os Técnicas/os em Saúde na APS*

A análise desta seção se debruçou sobre as percepções das/os respondentes Técnicas/os em Saúde acerca dos locais e áreas de atuação dessas/es trabalhadoras/es na APS. Tal como os demais resultados discutidos nesta seção, as/os respondentes demonstraram ter grande domínio sobre a questão, uma vez que, apenas 1,6% (n=74) do total geral de respostas (n=4.751) não sabiam ou ainda indicaram haver outras informações que não estavam contempladas na pergunta, conforme consta na Tabela 02.

Assim como, em relação à participação do Equador nesta questão, este representou 55,7% (n=2.651) do total regional de respostas (Tabela 02), e diferentemente das análises anteriores, sua participação teve influência, em termos percentuais, no resultado regional. Desta forma, os resultados serão apresentados primeiro considerando a participação do Equador e em seguida, destacando as observações de sua influência nos resultados regionais.

Tomando a análise, inicialmente com a participação do Equador, os resultados reafirmam o caráter estratégico das/es Técnicas/os em Saúde para a APS nos 16 países estudados, como já apontado nos resultados anteriores, visto que 42,9% (n=2.040) do total regional de respostas das/os participantes (n=4.751) referem que elas/es atuam fortemente no território e domicílios, assim como, na assistência dentro das unidades apontadas como específicas da APS (Centros e Postos de Saúde e Centros de APS), com 18,1% (n=859), conforme apresenta a Tabela 02.

Quando analisado os dados nacionais, país a país, dispostos na Tabela 02, Equador, Paraguai e Brasil se destacam em relação a atuação das/os Técnicas/os em Saúde no território e domicílios, com um percentual de 55,8%, 50% e 45,5% em relação ao resultado regional. Em contraponto, no Uruguai, na República Dominicana, no Chile e no Peru, na percepção das/os respondentes, a atuação das/os Técnicas/os em Saúde é baixa no território e domicílios, conforme os respectivos percentuais de respostas alcançados entre estes países, 10%, 15%, 15,9% e 16,8% respectivamente.

Sobre a atuação das/os Técnicas/os em Saúde na assistência em unidades específicas da APS, há pouca variação entre os países em relação ao resultado regional, para mais ou para menos. Sendo o Paraguai (26,7%), o Peru (24,2%), Honduras (20%) e Uruguai (20%) os países com maiores percentuais de respostas. E a República Dominicana (12,5%), a Venezuela (14,3%), a Guatemala (15,3%) e Costa Rica (16,7%) e Bolívia (16,7%), apresentaram os menores percentuais (Tabela 02).

A Tabela 03 apresenta os resultados sem a participação do Equador. Ao analisá-los que não há alteração significativa, em termos percentuais, no resultado regional sobre a percepção

das/os respondentes acerca da ampla atuação das/os Técnicas/os em Saúde no território e domicílios, mantendo-o no primeiro lugar do ranking entre os locais e áreas na APS (27,6%). No entanto, quanto ao resultado regional sobre a atuação na assistência dentro das unidades típicas da APS, este passa a representar 18,2% do resultado regional, tornando-a o terceiro lugar no ranqueamento, em termos percentuais, fazendo com que as instituições hospitalares e serviços com internação e de pronto atendimento se tornem o segundo lugar (22,6%), o que se justifica pelo baixo percentual de respostas no Equador sobre estes últimos locais de atuação, influenciando o resultado regional.

Contudo, ao considerar a participação do Equador, em relação às instituições hospitalares e serviços com internação e de pronto atendimento, estas tomam o terceiro lugar no ranking, configurando um outro local de atuação importante das/os Técnicas/os em Saúde, com 11,3% (n=535) do total regional (n=4.751). Quando observado os dados nacionais, no Equador, como já mencionado, e no Paraguai as instituições hospitalares e unidades com internação e de pronto atendimento obtiveram baixíssimos percentuais de respostas (2,3% e 3,3%, respectivamente), conforme disposto na Tabela 02.

Ainda considerando os dados da Tabela 02, com a participação do Equador, chama a atenção a percepção das/os respondentes acerca da atuação das/os Técnicas/os em Saúde em instituições de ensino, alcançando 11,9% (n=563) do resultado regional, muito similar ao resultado sobre as unidades hospitalares, com internação e pronto atendimento. Porém, destaca-se o peso da participação não somente do Equador (16,9%), mas também do Uruguai (20%). Quando suprimido os dados do Equador, o percentual regional diminui para 5,4%, tornando este local de atuação, de terceiro para sexto lugar no ranking regional (Tabela 03). Na Argentina e na Bolívia as/os respondentes não indicaram as instituições educacionais como locais de atuação das Técnicas/os em Saúde.

Os estabelecimentos de atendimento residencial e de longa permanência também foram indicados pelas/os respondentes como locais de atuação das/os Técnicas/os em Saúde da APS. Representam 6,5% (n=308) do total regional de respostas (n=4.751), considerando a participação do Equador. Em cinco países os percentuais nacionais foram maiores que o regional, são eles: Chile (13,9%), Perú (11,6%), Guatemala (10,2%), República Dominicana (10%) e Costa Rica (10%). Em dois países os percentuais nacionais foram muito baixos, Honduras (2,9%) e Paraguai (3,3%), e na Bolívia e Uruguai não houve respostas (Tabela 02). Quando suprimidos os dados do Equador, o resultado alcança 8,6% do total regional de respostas, ficando acima das instituições de ensino, cujo percentual passou a ser 5,4% (Tabela 03).

Sobre a atuação em laboratórios, centros de diagnósticos e outros serviços auxiliares, estes não tiveram muita expressão no resultado, obtendo um percentual de 5,4% (n=255) sobre o total regional de respostas, confluindo de certa maneira com os resultados das seções

anteriores, sobre os estabelecimentos da APS e as atividades e práticas das/os Técnicas/os em Saúde. Analisando os dados nacionais de cada país, o Uruguai, o Peru e a Bolívia possuem os maiores percentuais de respostas, respectivamente, 20%, 17,9% e 16,7%. E o Paraguai e o Equador, apresentam os menores percentuais de respostas, 0,6% e 1,7%, respectivamente (Tabela 02).

Ao suprimir a participação do Equador, na opinião das/os respondentes, os laboratórios, centros de diagnósticos ou outros serviços auxiliares passam a ter um percentual de resposta regional de 11,4% (Tabela 03).

Finalizando as análises desta seção, conforme os dados das Tabelas 02 e 03, percebe-se que em geral, independente da participação do Equador, as/os Técnicas/os em Saúde possuem baixíssima participação nas áreas de gestão em saúde (2,5% como Equador ou 4,4% sem o Equador). Apesar disso, a Bolívia, a Venezuela e o Uruguai são países que, segundo os resultados nacionais, apontam para uma maior atuação das/os trabalhadoras/es na área da gestão (8,3%, 8,6% e 10%, respectivamente).

Tabela 02: Locais/áreas de atuação das/os técnicas/os em saúde na APS por países da América Latina, segundo a opinião das/os respondentes de nível técnico – 2025

Local de atuação	Território e Domicílios		Assistência ambulatorial em Centros e Postos de Saúde, e Centros de APS		Instituições Educacionais		Hospitais e serviços com internação, UPA		Estabelecimentos de atendimento residencial de longa permanência		Laboratórios, Centros de Diagnóstico ou outros serviços auxiliares		Áreas de gestão da autoridade sanitária		Não sabe ou outros		Total	
	País	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
EC	1480	55,8%	476	18,0%	449	16,9%	61	2,3%	127	4,8%	16	0,6%	24	0,9%	18	0,7%	2651	55,7%
CO	197	27,7%	122	17,2%	43	6,1%	153	21,5%	65	9,2%	86	12,1%	31	4,4%	13	1,8%	710	14,9%
MX	59	20,4%	52	18,0%	19	6,6%	74	25,6%	22	7,6%	41	14,2%	11	3,8%	11	3,8%	289	6,1%
AR	57	23,8%	44	18,3%	0	0,0%	76	31,7%	23	9,6%	16	6,7%	17	7,1%	7	2,9%	240	5,0%
BR	92	45,5%	38	18,8%	6	3,0%	33	16,3%	10	5,0%	12	5,9%	7	3,5%	4	2,0%	202	4,2%
CL	32	15,9%	37	18,4%	9	4,5%	52	25,9%	28	13,9%	28	13,9%	8	4,0%	7	3,5%	201	4,2%
PE	16	16,8%	23	24,2%	7	7,4%	19	20,0%	11	11,6%	17	17,9%	1	1,1%	1	1,1%	95	2,0%
HN	17	24,3%	14	20,0%	8	11,4%	13	18,6%	2	2,9%	9	12,9%	4	5,7%	3	4,3%	70	1,5%
PY	30	50,0%	16	26,7%	7	11,7%	2	3,3%	2	3,3%	1	1,7%	1	1,7%	1	1,7%	60	1,3%
GT	18	30,5%	9	15,3%	1	1,7%	14	23,7%	6	10,2%	8	13,6%	1	1,7%	2	3,4%	59	1,2%
SV	15	31,9%	9	19,1%	4	8,5%	6	12,8%	3	6,4%	5	10,6%	3	6,4%	2	4,3%	47	1,0%
DO	6	15,0%	5	12,5%	3	7,5%	13	32,5%	4	10,0%	4	10,0%	3	7,5%	2	5,0%	40	0,8%
VE	8	22,9%	5	14,3%	2	5,7%	10	28,6%	2	5,7%	4	11,4%	3	8,6%	1	2,9%	35	0,7%
CR	9	30,0%	5	16,7%	3	10,0%	4	13,3%	3	10,0%	4	13,3%	1	3,3%	1	3,3%	30	0,6%
BO	3	25,0%	2	16,7%	0	0,0%	3	25,0%	0	0,0%	2	16,7%	1	8,3%	1	8,3%	12	0,3%
UY	1	10,0%	2	20,0%	2	20,0%	2	20,0%	0	0,0%	2	20,0%	1	10,0%	0	0,0%	10	0,2%
Total	2040	42,9%	859	18,1%	563	11,9%	535	11,3%	308	6,5%	255	5,4%	117	2,5%	74	1,6%	4751	100,0%

Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025.

Tabela 03: Locais/áreas de atuação das/os técnicas/os em saúde na APS por países da América Latina sem a participação do Equador, segundo a opinião das/os respondentes de nível técnico – 2025

Local de atuação	Território e Domicílios		Assistência ambulatorial: Centros e Postos de Saúde, Centros de APS		Instituições Educacionais		Hospitais e serviços com internação, UPA		Estabelecimentos de atendimento residencial de longa permanência		Laboratórios, Centros de Diagnóstico ou outros serviços auxiliares		Áreas de gestão da autoridade sanitária		Não sabe ou outros		Total		
	País	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CO	197	27,7%	122	17,2%	43	6,1%	153	21,5%	65	9,2%	86	12,1%	31	4,4%	13	1,8%	710	14,9%	
MX	59	20,4%	52	18,0%	19	6,6%	74	25,6%	22	7,6%	41	14,2%	11	3,8%	11	3,8%	289	6,1%	
AR	57	23,8%	44	18,3%	0	0,0%	76	31,7%	23	9,6%	16	6,7%	17	7,1%	7	2,9%	240	5,0%	
BR	92	45,5%	38	18,8%	6	3,0%	33	16,3%	10	5,0%	12	5,9%	7	3,5%	4	2,0%	202	4,2%	
CL	32	15,9%	37	18,4%	9	4,5%	52	25,9%	28	13,9%	28	13,9%	8	4,0%	7	3,5%	201	4,2%	
PE	16	16,8%	23	24,2%	7	7,4%	19	20,0%	11	11,6%	17	17,9%	1	1,1%	1	1,1%	95	2,0%	
HN	17	24,3%	14	20,0%	8	11,4%	13	18,6%	2	2,9%	9	12,9%	4	5,7%	3	4,3%	70	1,5%	
PY	30	50,0%	16	26,7%	7	11,7%	2	3,3%	2	3,3%	1	1,7%	1	1,7%	1	1,7%	60	1,3%	
GT	18	30,5%	9	15,3%	1	1,7%	14	23,7%	6	10,2%	8	13,6%	1	1,7%	2	3,4%	59	1,2%	
SV	15	31,9%	9	19,1%	4	8,5%	6	12,8%	3	6,4%	5	10,6%	3	6,4%	2	4,3%	47	1,0%	
DO	6	15,0%	5	12,5%	3	7,5%	13	32,5%	4	10,0%	4	10,0%	3	7,5%	2	5,0%	40	0,8%	
VE	8	22,9%	5	14,3%	2	5,7%	10	28,6%	2	5,7%	4	11,4%	3	8,6%	1	2,9%	35	0,7%	
CR	9	30,0%	5	16,7%	3	10,0%	4	13,3%	3	10,0%	4	13,3%	1	3,3%	1	3,3%	30	0,6%	
BO	3	25,0%	2	16,7%	0	0,0%	3	25,0%	0	0,0%	2	16,7%	1	8,3%	1	8,3%	12	0,3%	
UY	1	10,0%	2	20,0%	2	20,0%	2	20,0%	0	0,0%	2	20,0%	1	10,0%	0	0,0%	10	0,2%	
Total	560	26,7%	383	18,2%	114	5,4%	474	22,6%	181	8,6%	239	11,4%	93	4,4%	56	2,7%	2100	100,0%	

Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025.

3.1.3.3 Atividades e Práticas das Técnicas/os em Saúde na APS

Revisão Bibliográfica

A análise das práticas atribuídas aos diferentes tipos de técnicos na APS, a partir de um conjunto heterogêneo de textos e períodos históricos, evidencia um escopo amplo e diversificado de ações, distribuídas entre as dimensões de promoção, prevenção, assistência, vigilância e gestão. Ressalta-se que tais práticas correspondem àquelas descritas na literatura examinada, não sendo possível inferir sua permanência ou generalização nos contextos atuais.

Nos textos analisados sobre os Agentes Comunitários de Saúde, são frequentes referências a ações de promoção e prevenção, por vezes descritas de forma abrangente, mas também exemplificadas por atividades como educação em saúde no contexto de visitas domiciliares, especialmente na Argentina (He et. al., 2017) e no Peru (Peru, 2011; Underhill et. al., 2024). Em relação às práticas de prevenção, há destaque na imunização no Chile (Ayala e Toffoletto, 2024), no Paraguai (Paraguai, 2013), na Nicarágua (Fundação EPES, 2016) e na Venezuela (Instituto Suramericano de Governo em Saúde, 2014f). Há destaque para o papel do ACS na mobilização comunitária e no incentivo à participação social em países como Argentina e Chile (Zuñiga, Parra-García e Gómez-Barrera, 2024), Nicarágua (Fundação EPES, 2016) e Peru (Peru, 2014). Atividades relacionadas à vigilância epidemiológica, como rastreamento de doenças comuns, elaboração de relatórios de saúde da comunidade e identificação de áreas e fatores de risco também foram encontrados no Belize (Oladeji et. al., 2024), na Guatemala (Ruano et. al., 2012) e no Peru (Peru, 2009).

Ao mesmo tempo, a literatura aponta para a presença de ações assistenciais em diversos contextos, incluindo aferição de pressão arterial e acompanhamento de condições crônicas em países como Argentina (He et. al., 2017) e Peru (Underhill et. al., 2024). As práticas referentes à realização de consultas, triagem e diagnóstico foram encontradas no Belize, no contexto de identificação e tratamento de doenças comuns (Odeji et. al., 2024); na Bolívia, na atenção à saúde relacionada às IRAS (Zeitz, Harrison e López, 1993); no Equador, ao tratar de morbidades associadas à saúde materno-infantil, nutrição e saúde bucal (Mangelsdorf, Luna e Smith, 1988); na Guatemala, onde o ACS realiza consultas quando a equipe não está presente (Ruano et. al., 2012), e no Paraguai (Paraguai, 2013), no contexto do tratamento à tuberculose, incluindo também práticas de administração de medicamentos. Na Venezuela (Díaz, 2014; Instituto Suramericano de Governo em Saúde, 2014f), foram encontradas práticas de distribuição de medicamentos e incentivo ao uso racional em territórios rurais/indígenas. As atividades de primeiros socorros são encontradas em países como Belize (Belize e Paho, 2013), com atuação do ACS em áreas remotas e de difícil acesso; e no Equador (Mangelsdorf, Luna e Smith, 1988).

Nos textos que foram analisados sobre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Brasil, observa-se que esses trabalhadores ocupam um papel estratégico na APS, atuando como elo entre os serviços de saúde e a comunidade (Kluthcovsky, 2006). Suas práticas concentram-se, sobretudo, em ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde, realizadas no âmbito domiciliar e territorial. São responsáveis pelo primeiro contato com os usuários, pelo cadastramento das famílias e pela busca ativa, além de desenvolverem atividades educativas, como orientações sobre alimentação, uso de medicamentos e ações em espaços coletivos, como escolas. Os estudos também destacam sua inserção em ações intersetoriais, como o Programa Saúde na Escola, ainda que, em muitos casos, com caráter mais operacional do que estratégico (Silva, 2017).

Ao mesmo tempo, a literatura aponta que a proximidade com o território e o vínculo estabelecido com os usuários potencializam a atuação dos ACS, contribuindo para resultados positivos em indicadores de saúde, como a ampliação da cobertura vacinal, o acompanhamento pré-natal e a redução da mortalidade infantil (Faria, 2020).

A promoção da saúde aliada à organização comunitária é o eixo mais frequente das práticas dos Promotores de Saúde encontradas na literatura, com destaque às atividades de educação em saúde no Chile (Muller et. al., 2018), na Colômbia (Carlos e Agudelo, 1987), no Peru (Peru, 1999; Peru, 1995) e no Uruguai (Organização Panamericana de Saúde, 1993) e à designação do promotor de saúde como agente central na mobilização comunitária em países como Honduras (Corea et. al., 2022), Colômbia (Carlos e Agudelo, 1987) ou Uruguai (Organização Panamericana de Saúde, 1993). Também há força nas práticas preventivas, que possuem forte base territorial e adaptação das abordagens à cultura local, como na Argentina (Pagnamento, 2012), Colômbia (Colômbia, 2024) e Guatemala (Ruano et. al., 2012), que descrevem ações temáticas de prevenção a doenças infecciosas e crônicas. O Peru destaca práticas de prevenção contra doenças parasitárias (Peru, 1999), enquanto o México (González e Gordillo, 2013) destaca ações de prevenção contra a tuberculose e a Guatemala (Ruano et. al., 2012) traz a participação em campanhas de imunização.

As práticas encontradas trazem uma forte presença da territorialização, onde o promotor de saúde intervém também nas condições de vida da população, como na qualidade e segurança da água e das condições de habitação, no Peru (Peru, 1999); na segurança alimentar, na Venezuela (Sintes e Pina, 2015), e nas condições de saneamento, em países como Colômbia (Colômbia, 2024) e Guatemala (Ruano et. al., 2012).

O escopo de atividades dos Promotores de Saúde encontrado na literatura demonstra uma variabilidade no nível de autonomia deste profissional para práticas assistenciais. Enquanto em países como Guatemala (Ruano et. al., 2012), Colômbia (Villafradez, 1989) e Peru (Rodriguez, 1990; Peru, 1995), o profissional realiza procedimentos clínicos, diagnóstico e tratamento de doenças, no Paraguai (Instituto Suramericano de Governo em Saúde, 2014e)

e no México (Governo del Estado de Morelos, 2012), seu papel está em apoiar a equipe na garantia da adesão terapêutica, na administração de medicamentos e no apoio ao tratamento com orientações de saúde. Há uma prevalência de cuidados assistenciais na área materno-infantil, especialmente nos cuidados pré e pós-natais e na nutrição infantil na Colômbia (Villafradez, 1989), na Venezuela (Sintes e Pina, 2015) e na Guatemala (Ruano et. al., 2012).

Um texto da Argentina (Instituto Suramericano de Governo em Saúde, 2014a) explicita que os promotores assumem práticas de enfermagem por serem os únicos profissionais a acessarem zonas remotas. Já um achado no Peru (Rodriguez, 1990) dá destaque ao manejo de um kit comunitário de medicamentos e cita a atuação do profissional em situações de emergência, incorporando também aspectos da medicina tradicional na prática assistencial, como o conhecimento de ervas do território. Esses achados indicam, nos textos analisados, que tais trabalhadores podem assumir funções ampliadas em resposta a necessidades locais e a limitações estruturais dos sistemas de saúde.

No caso dos Auxiliares de Enfermagem, os estudos analisados descrevem maior concentração de práticas na dimensão assistencial em todos os países presentes na literatura encontrada, incluindo administração de medicamentos, coleta e envio de exames, apoio à equipe na realização de procedimentos, curativos e ações de urgência e emergência. Destaca-se que este profissional assume funções ampliadas em locais com escassez de enfermeiros, em áreas de difícil acesso e zonas rurais, como na Argentina (Instituto Suramericano de Governo em Saúde, 2014a), no Belize (Belize e Paho, 2013) e no Uruguai (Uruguai, 2013). Ainda no campo assistencial, observa-se a prevalência de atividades relacionadas ao cuidado materno-infantil, englobando cuidados pré e pós-natais, acompanhamento nutricional infantil, puericultura e manejo de doenças infantis comuns na Colômbia (Villafradez, 1989), na Guatemala (Ruano et. al., 2012), no México (Palomares e Quiñones, 1960) em Honduras (Corea et. al., 2022) e em Cuba (Esperón, Thomas e Cabrera, 1998).

Com uma frequência menor, as práticas de promoção da saúde são mencionadas de forma geral. As descrições específicas de práticas de promoção informam sobre atividades individuais e coletivas voltadas à educação em saúde nos temas da higiene e do saneamento em Cuba (Esperón, Thomas e Cabrera, 1998), Paraguai (Instituto Suramericano de Governo em Saúde, 2014e) e México (Palomares e Quiñones, 1960). Já Cuba (Esperón, Thomas e Cabrera, 1998), Guatemala (Delgado, 1983 e México (Palomares e Quiñones, 1960) apresentam estudos que descrevem a prática da imunização, no campo da prevenção.

No que se refere aos auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam na APS no Brasil, as práticas descritas na literatura apresentam forte concentração em atividades técnico-

procedimentais, voltadas à assistência direta e ao suporte às ações clínicas. Entre essas práticas, destacam-se a realização de procedimentos como vacinação, curativos, administração de medicamentos, aferição de sinais vitais, glicosimetria e coleta de exames, além do apoio ao atendimento clínico, incluindo preparo de consultas e auxílio em procedimentos. Também são responsáveis pela organização de insumos e equipamentos, evidenciando sua inserção no manejo das tecnologias do cuidado (Cardoso, 2011)

Apesar dessa diversidade de ações, alguns estudos apontam para uma atuação fragmentada e fortemente tecnicista desses profissionais, com menor reconhecimento de seu papel no cuidado integral. Em determinados contextos, observa-se que o próprio auxiliar de enfermagem não reconhece sua atuação como relevante em condições crônicas, como a hipertensão, o que pode indicar limitações na integração com a equipe e na compreensão ampliada do cuidado. Além disso, são identificadas relações hierárquicas no interior das equipes, nas quais o trabalho dos profissionais de nível técnico aparece como subordinado ao saber médico, o que pode impactar sua autonomia e participação no processo de cuidado (Monezi, 2021).

Em relação às Parteiras, verificou-se que estas compõem o núcleo central do acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal. A atuação caracteriza-se por uma forte base territorial e domiciliar da assistência ao parto e ao acompanhamento pré-natal segundo estudos realizados no Peru (Peru, 1985), na Guatemala (Delgado, 1985) e no Equador (Instituto Suramericano de Governo em Saúde, 2014d). Para além destas atividades, há um destaque a estudos no Peru (Peru, 1985), onde a parteira presta socorro imediato em ocorrências urgentes no domicílio.

Atividades relacionadas à promoção da saúde também foram encontradas, no âmbito da educação em saúde, com ações de orientação sobre saúde sexual e reprodutiva no Chile (Riquelme, 2011; Luttges et. al., 2016) e no Peru (Peru, 1985). A literatura analisada também evidencia participação desta categoria profissional em ações de prevenção relacionadas à saúde da mulher e da criança no Chile (Zavala, Álvarez e Guaita, 2020) e na Guatemala (Ruano et. al., 2012).

No que se refere às doulas ou parteiras tradicionais, os estudos do Brasil indicam práticas que extrapolam o campo técnico-institucional, sendo fortemente marcadas por saberes tradicionais, comunitários e culturais. Sua atuação envolve a assistência ao parto domiciliar, baseada em conhecimentos ancestrais, bem como o acompanhamento integral das gestantes, desde o pré-natal até o pós-parto, especialmente em contextos como comunidades ribeirinhas, indígenas e quilombolas. Além disso, observa-se articulação com os serviços de saúde, com encaminhamento de gestantes para o pré-natal e apoio em situações de risco, evidenciando uma interface entre práticas tradicionais e o sistema formal de saúde (Costa, 2023).

No campo da saúde bucal, os textos do Brasil evidenciam a atuação dos técnicos e auxiliares em saúde bucal, a quem competem a execução de ações diretas na assistência odontológica individual e nas ações coletivas de prevenção e promoção da saúde (Aguiar, 2010) e também atuam no apoio às ações clínicas e na organização do serviço, compondo o trabalho em equipe, especialmente em atividades voltadas a grupos prioritários, como gestantes, pessoas com hipertensão e diabetes. Entretanto, a literatura também aponta limites importantes nesse campo, como número insuficiente de equipes de saúde bucal, dificuldades na organização do acesso, sobrecarga dos serviços e baixa utilização de dados epidemiológicos para o planejamento das ações, o que fragiliza o processo de trabalho e impacta a atuação desses profissionais (MOIMAZ, 2015).

O agente sanitário é um profissional identificado em estudos da Argentina (Argentina, 2020; Martinez, 2018) e suas práticas assemelham-se às atribuições do Agente Comunitário de Saúde, com destaque à atividade da visita domiciliar para executar ações de prevenção, promoção, assistência e vigilância. Já a auxiliar sanitária é uma categoria profissional encontrada em documentos de El Salvador (Sandoval e Hernandez, 1955; Acuna e Damasceno, 1959), que descrevem suas práticas como atividades de enfermagem. A profissional atua sob supervisão do médico e do enfermeiro em ações de prevenção, promoção, assistência e vigilância, incluindo consultas, visitas domiciliares e administração de medicamentos.

No contexto brasileiro, a literatura também descreve a presença de um trabalhador com práticas semelhantes, representado pelo Agente de Combate a Endemias (ACE), cuja atuação se articula às ações de vigilância em saúde nos territórios (García, 2022). Esse profissional desenvolve atividades voltadas à prevenção e controle de doenças associadas a fatores ambientais, incluindo ações de monitoramento, orientação à população e intervenções no território. Embora haja recomendações institucionais para sua integração às equipes da APS, com atuação compartilhada junto aos agentes comunitários de saúde, os estudos apontam que, em muitos contextos, os ACE permanecem vinculados a estruturas específicas da vigilância epidemiológica, o que contribui para a fragmentação entre as ações de vigilância e de atenção. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de fortalecimento de estratégias de educação permanente que favoreçam a integração entre esses profissionais, considerando tanto suas especificidades quanto os elementos comuns de suas práticas no território (García, 2022).

O Técnico de Enfermagem de Nível Superior (TENS) é uma categoria encontrada no Chile (Salinas, Coronado e Vio, 2025) e no Equador (Quiroz et. al., 2016), que possui um amplo escopo de práticas relacionadas aos cuidados de enfermagem, executando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade, ao longo de todo o ciclo de vida. Suas atividades possuem um caráter mais

protocolar, semelhante ao Técnico de Enfermagem, encontrado na Guatemala (Ruano et. al., 2012) e em Cuba (Esperón, Thomas e Cabrera, 1998).

Já os Assistentes Técnicos de Atenção Primária à Saúde (ATAPS) possuem um papel semelhante ao do agente comunitário de saúde, atuando nos âmbitos da promoção, prevenção, assistência e vigilância com forte base territorial e alinhamento com as necessidades da comunidade. O desenvolvimento comunitário é especialmente descrito no Equador (Instituto Suramericano de Governo em Saúde, 2014d), enquanto um estudo no México (Cuevas et. al., 1994) dá maior destaque à característica comunitária e clínica da atuação profissional. Na Costa Rica (Francesca e Cordero, 2018), destaca-se a atuação no contexto da visita domiciliar, enquanto outro estudo no mesmo país (Morales e Bonilla, 2001) cita uma forte importância deste técnico no trabalho contra a violência intradomiciliar na comunidade.

Há uma semelhança na atuação destes técnicos com o escopo de práticas do Auxiliar de Saúde e do Assistente de Saúde, categorias encontradas em um estudo da Costa Rica (Harrison, 1981), sendo estes supervisionados por uma enfermeira. Em contrapartida, com o objetivo de recuperar e promover práticas tradicionais em saúde, em alinhamento com princípios da segurança alimentar, da conservação do meio ambiente e da medicina tradicional, a Colômbia (Amaya, 2006) cria a categoria técnica do Gestor Comunitário de Saúde, que atua como um agente comunitário de saúde, com maior enfoque nas atividades de promoção da saúde e articulação com a comunidade.

O Auxiliar de Medicina Simplificada aparece em estudos da Venezuela (Yates, 1976) como um técnico com atuação ligada ao território, com atividades focadas na prevenção e promoção da saúde em áreas indígenas e rurais. Por fim, o profissional Brigadista aparece em um texto da Nicarágua (Adamo et. al., 2016), também com atividades nos âmbitos da promoção, prevenção, assistência e vigilância, semelhantes ao agente comunitário de saúde.

Em suma, no que se refere à caracterização das práticas em geral dos técnicos que atuam na APS nos demais países da América Latina, a literatura analisada sugere maior concentração de ações nas dimensões de promoção, prevenção e assistência, presentes em todos os tipos de técnicos, enquanto vigilância e gestão aparecem de forma mais pontual e variável entre países. As ações de vigilância são descritas principalmente em atividades como identificação de riscos, monitoramento epidemiológico e produção de informações territoriais, enquanto a gestão aparece associada à organização comunitária, registro de dados e articulação com serviços de saúde. Esse padrão, tal como descrito nos textos analisados, indica uma centralidade das práticas voltadas ao cuidado direto e à intervenção comunitária, em contraste com menor presença relativa de atribuições formais de gestão e vigilância.

Análise das atividades das/os técnicas/os a partir do inquérito

A análise em questão se debruçou sobre a percepção das/os Técnicas/os em Saúde respondentes da pesquisa nos 16 países acerca de suas próprias atividades e práticas. No geral, as/os respondentes demonstraram ter grande domínio sobre a questão, uma vez que, apenas 1,2% (n=144) do total geral de respostas (n=11.685) não sabiam ou ainda indicaram haver outras informações que não estavam contempladas na pergunta (Tabela 04).

Com relação a participação do Equador nessa questão do inquérito, apesar de representar 64,1% (n=7.492) do total de respostas (Tabela 04), quando desconsiderado os seus resultados, percebeu-se que não houve diferenças em termos percentuais no resultado regional, mantendo o mesmo ranqueamento entre os tipos de atividades e práticas analisadas.

Assim, sobre as análises dos resultados, quando perguntado somente às/aos respondentes de nível técnico, sobre quais são os tipos de práticas realizadas pelas/os Técnicas/os em Saúde na APS em seus países, estas/es confirmaram que são majoritariamente aquelas que caracterizam o trabalho de base territorial e orientação comunitária, representando 70,6% (n=8.246) do total regional das respostas (n=11.685), considerando que a questão admitia mais de uma resposta. Essas práticas se distribuem em: prevenção de doenças e agravos (13,7%), promoção da saúde (13,2%), educação em saúde (12,9%) e vigilância em saúde (9,4%). Bem como, podem ser incluídas nesse conjunto a comunicação e informação, as práticas interculturais e a mobilização comunitária, com uma frequência de respostas de 8,8%, 6,4% e 6,2%, respectivamente (Tabela 04).

Quando analisados os resultados nacionais na Tabela 04, sobre as práticas de base territorial e orientação comunitária país a país, 2 dos 16 países se destacam com resultados maiores que o regional, são eles o Equador (76,6%) e o Paraguai (71,1%).

Conforme as análises de Morosini e Fonseca (2018) e Mélo, Santos e Albuquerque (2023), essas práticas ligadas ao trabalho de base territorial e orientação comunitária são realizadas essencialmente pelos perfis profissionais das/os trabalhadoras/es Comunitárias/os de Saúde. Ao correlacionar os dados do inquérito sobre as práticas e os perfis de Técnicas/os em Saúde, os resultados reafirmam os achados das autoras acima citadas. São alguns exemplos, as/os Agentes de Saúde Pública, na Argentina, Colômbia e Equador; as/os Agentes Comunitários de Saúde sem formação técnica no Brasil, Colômbia e Equador; as/os Técnicas/os e Tecnólogas/os em Atenção Primária, e as/os Técnicas/os Superiores em Promoção da Saúde no Equador. Essas análises ganharão maior profundidade na seção 3.3 deste informe.

Tabela 04: Atividades realizadas pelas/os técnicas/os em saúde da APS por país, segundo a opinião das/os respondentes de nível técnico – 2025

Atividades realizadas na APS	Práticas de base territorial e orientação comunitária *		Práticas assistenciais		Práticas de Redução de danos, Reabilitação e tratamento		Práticas de Apoio diagnóstico		Atividades administrativas		Práticas integrativas e complementares		Não sabe e outras		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EC	5710	76,2	382	5,1	505	6,7	348	4,6	178	2,4	275	3,7	94	1,3	7492	64,1
CO	858	61,5	180	12,9	111	8,0	94	6,7	95	6,8	44	3,2	13	0,9	1395	11,9
MX	318	56,9	61	10,9	54	9,7	61	10,9	41	7,3	12	0,2	12	2,1	559	4,8
AR	287	57,9	72	14,5	45	9,1	24	4,8	41	8,3	20	4,0	7	1,4	496	4,2
BR	293	67,8	32	7,4	42	9,7	22	5,1	19	4,5	23	5,3	1	0,2	432	3,7
CL	216	54,7	47	11,9	47	11,9	26	6,5	39	9,9	16	0,4	4	1,0	395	3,4
PE	99	56,9	30	17,2	11	6,3	21	12,1	7	4,0	4	2,3	2	11,1	174	1,5
HN	104	65,0	15	0,9	9	5,6	13	0,8	13	0,8	5	3,1	1	0,6	160	1,4
GT	87	63,0	15	10,9	7	5,1	15	10,9	10	10,9	2	1,4	2	1,4	138	1,2
PY	86	71,1	16	13,2	6	5,0	3	2,5	8	6,6	0	0,0	2	1,7	121	1,0
DO	46	54,3	12	13,6	11	12,5	7	8,0	4	4,5	6	6,8	2	2,3	88	0,8
SV	53	63,9	8	9,6	7	8,4	4	4,8	8	9,6	2	2,4	1	1,2	83	0,7
CR	42	64,6	7	10,8	3	4,6	5	7,7	3	4,6	2	3,1	3	4,6	65	0,6
VE	24	53,3	8	17,8	7	15,6	4	8,9	1	2,2	1	2,2	0	0,0	45	0,4
BO	12	54,5	4	18,2	2	9,1	2	9,1	2	9,1	0	0,0	0	0,0	22	0,2
UY	11	55,0	3	15,0	2	10,0	3	15,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	20	0,2
TOTAL	8246	70,6%	892	7,6%	869	7,4%	652	5,6%	470	4,0%	412	3,5%	144	1,2%	11685	100,0

* Nota: Esse conjunto é composto pelas práticas relacionadas à prevenção de doenças e agravos (13,7%), a promoção da saúde (13,2%), a educação em saúde (12,9%) e a vigilância em saúde (9,4%), comunicação e informação (8,8%), as práticas interculturais (6,4%) e a mobilização comunitária (6,2%).

Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025.

Prosseguindo a análise, na opinião das/os respondentes, a atuação das/os Técnicas/os em Saúde na APS também engloba práticas ligadas à assistência (7,6%), aquelas relacionadas à redução de danos e à reabilitação e ao tratamento (7,4%), e ao apoio diagnóstico (5,6%). Juntas perfazem 20,6 % (n=2.414) do total regional de respostas (Tabela 04).

Quando analisado o resultado de cada país na Tabela 04, percebe-se que em 3 dos 16 países, as práticas assistenciais possuem um percentual nacional de respostas menor ou similar em relação ao resultado regional, são eles, Equador (5,1%) e Honduras (0,9%), e no Brasil 7,4%. Diferentemente, na Bolívia, na Venezuela e no Peru, estas práticas são fortemente indicadas pelas/os participantes, com percentuais nacionais de respostas maiores do que os da região, respectivamente 18,2 %, 17,8% e 17,2%.

As práticas de redução de danos, reabilitação e tratamento, quando analisadas país a país, também, aparecem como um maior percentual nacional de respostas na Venezuela, na República Dominicana e no Chile (15,6% 12,5% e 11,9%, respectivamente). E quanto às práticas ligadas ao apoio diagnóstico, no Uruguai, no Peru, no México e na Guatemala, também obtiveram percentuais nacionais mais expressivos do que o resultado regional, respectivamente, 15%, 12,1% e 10,9% para os dois últimos países. Honduras apresenta o percentual de resposta nacional de 0,8%, o mais baixo dentre os 16 países (Tabela 04).

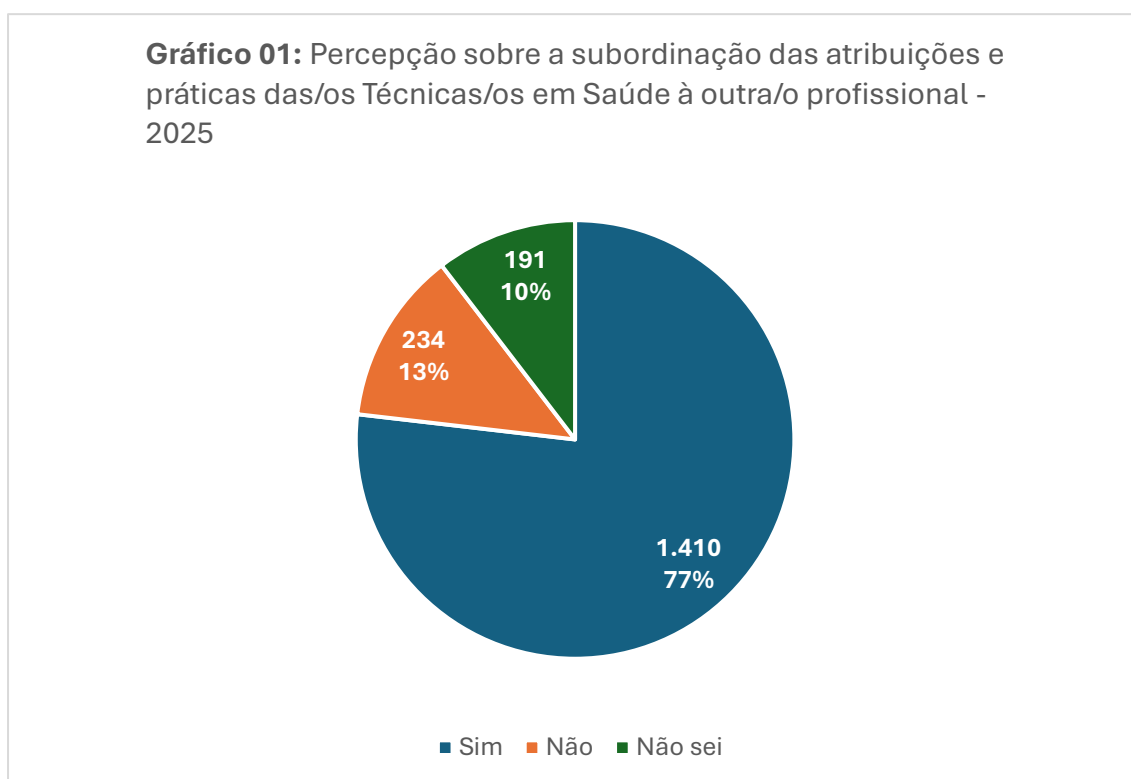
As atividades administrativas obtiveram 4% (n= 470) do total de respostas da região. Sendo que, na Guatemala, no Chile, em El Salvador e na Bolívia, elas receberam percentuais nacionais de respostas maiores do que da região (10,9%, 9,9%, 9,6% e 9,1%, respectivamente), dispostos na Tabela 04.

Mesmo que em menor escala, as práticas integrativas e complementares também aparecem nos resultados como realizadas pelas Técnicas/os em Saúde, segundo a opinião das/os respondentes e representaram 3,5% do total regional das respostas. Analisando país a país, elas obtiveram um percentual nacional maior do que o regional na República Dominicana (6,8%), no Brasil (5,3%) e na Argentina (4%) (Tabela 04).

Em suma, é possível reafirmar o caráter estratégico das Técnicas/os em Saúde na APS latino-americana, especialmente pela gama de práticas atribuídas à promoção da saúde, vigilância em saúde, prevenção de agravos e aquelas de caráter comunitário e intercultural.

Nesse sentido, ao observar os resultados discutidos nesta seção, pode-se inferir que, nestes contextos, com ampla rede de centros e postos de saúde com um trabalho de base territorial e orientação comunitária, as/os agentes e auxiliares tendem a ter papel mais visível; em países com policlínicas integradas ou centros de saúde de maior porte, técnicas/os de nível médio, técnicas/os superiores e tecnólogas/os podem estar mais fortemente envolvidas/os nas atividades relativas ao apoio diagnóstico, procedimentos assistenciais e administração interna.

Vale pontuar ainda que, conforme o Gráfico 01, 76,8% das/os Técnicas/os em Saúde participantes da pesquisa reafirma que suas atribuições e práticas são subordinadas à algum profissional de nível superior, corroborando com diversos estudos que discutam as relações hierarquizadas no campo da saúde e que afeta autonomia profissional das trabalhadoras de nível médio (Reis, 2003; Morosini et al 2024; Einisman, 2009; Batistella, 2013; Vieira e Chinelli, 2013).



Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

3.1.4 Conclusões

A análise da configuração do trabalho das/os Técnicas/os em Saúde na APS da América Latina pela perspectiva das/os respondentes especialista e técnicas/os evidenciou um contexto marcado pela diversidade institucional e funcional, que reflete tanto a heterogeneidade na conformação dos sistemas de saúde da região quanto a diversidade na organização do cuidado.

Os resultados demonstram que, embora a APS siga predominantemente ancorada em centros e unidades básicas de saúde, há uma presença significativa de outros tipos de estabelecimentos nos diferentes sistemas de saúde dos países estudados, tais como: hospitais, serviços de pronto atendimento, ambulatórios especializados, laboratórios, unidades voltadas a populações específicas, como povos indígenas e ribeirinhos. Esse arranjo plural apontados pelos resultados do inquérito revela elementos que traçar diretamente o modo como o trabalho técnico em saúde se organiza na APS

Nesse contexto, destaca-se o papel estratégico das/os Técnicas/os em Saúde como um pilar no trabalho cotidiano da APS, especialmente por sua forte inserção no território e nos domicílios, e pela centralidade de práticas orientadas à prevenção, promoção da saúde, educação em saúde, vigilância e mobilização comunitária. Tais atividades reafirmam a importância do trabalho de base territorial e da orientação comunitária para a efetividade da APS, ao mesmo tempo que revelam a contribuição decisiva das/os trabalhadoras/es para constituição de vínculo, participação comunitária e competência cultural (Starfield, 2002) entre os serviços de saúde, comunidades e necessidades concretas da população.

No que se refere aos estabelecimentos hospitalares, serviços de pronto atendimento e ambulatórios, os dados do estudo indicam que esses dispositivos compõem de forma significativa a APS em diferentes países da América Latina, ainda que com pesos variados. Hospitais e unidades com internação e pronto atendimento concentram 18,3% do total regional de respostas sobre os tipos de estabelecimentos da APS, com maior destaque para Costa Rica, Argentina e Venezuela, e aparecem como locais relevantes de atuação das/os Técnicas/os em Saúde, alcançando 11,3% do total regional de respostas.

A atuação das/os Técnicas/os em Saúde nos serviços de apoio diagnósticos, sejam por imagem ou laboratoriais, é apontada de forma menos expressiva, porém consistente e se articula aos demais resultados sobre estabelecimentos, locais de atuação e práticas desenvolvidas na APS. No conjunto, os dados indicam que, embora o apoio diagnóstico não constitua o núcleo central da atuação das/os

Técnicas/os na APS – fortemente orientada ao território e à comunidade – , ele integra os arranjos institucionais da APS em alguns países, especialmente em contextos onde laboratórios e centros diagnósticos são incorporados à rede de APS, ampliando o escopo de práticas técnicas, mas também reforçando a inserção destas/es profissionais em espaços mais especializados e hierarquizados do sistema de saúde.

A presença dessas/es trabalhadoras/es em espaços como instituições de ensino, serviços de longa permanência, laboratórios e, ainda que de forma minoritária, na gestão, indica um processo de diversificação dos cenários de atuação que amplia sua relevância sistêmica, mas também tensiona suas condições de trabalho e reconhecimento profissional.

A confirmação, mesmo que em menor proporção, sobre a atuação das Técnicas/os em Saúde em instituições de longa permanência na APS, sugerem que, em determinados contextos nacionais, as instituições de longa permanência são incorporadas à APS como espaços de cuidado continuado, ampliando o escopo de atuação das/os Técnicas/os em Saúde. Ao mesmo tempo que evidencia a relevância do trabalho de cuidado para a população em situações de maior vulnerabilidade de nesses países, inferem outros desafios relacionados ao trabalho à centralidade do cuidado prolongado, à intensificação do trabalho e à inserção dessas/es trabalhadoras/es em serviços marcados pelas questões de gênero e do trabalho feminino, que impactam em suas condições de trabalho e autonomia profissional.

Por outro lado, a opinião das/os respondentes da pesquisa evidenciam desafios estruturais persistentes. A expressiva subordinação das atividades das/os Técnicas/os em Saúde a profissionais de nível superior aponta para relações de trabalho hierarquizadas que limitam a autonomia profissional, restringem processos decisórios e podem desvalorizar saberes práticos construídos no cotidiano da APS. Esse dado dialoga com a literatura crítica sobre a divisão social e técnica do trabalho em saúde e sinaliza a necessidade de enfrentar desigualdades históricas entre categorias profissionais, especialmente em sistemas que dependem fortemente do trabalho técnico para garantir acesso, continuidade e integralidade do cuidado.

Como perspectiva, os resultados indicam a urgência de fortalecer políticas de valorização, formação e regulação do trabalho das/os Técnicas/os em Saúde na APS, considerando as especificidades nacionais e territoriais, mas também os desafios comuns da região. Avançar na ampliação de sua autonomia, no reconhecimento de suas competências e na integração efetiva em equipes

multiprofissionais aparece como condição fundamental para o fortalecimento da APS latino-americana. Ao mesmo tempo, a diversidade de arranjos institucionais e práticas observadas sugere que há um campo fértil para intercâmbio de experiências, cooperação regional e produção de conhecimento que contribua para modelos de APS mais equitativos, resolutivos e alinhados às necessidades das populações.

3.2 Os técnicos em Saúde

3.2.1 Uma discussão conceitual

Habitualmente invisibilizadas/os nas equipes, instituições e políticas, as/os técnicas/os em saúde são consideradas/os estratégicas/os para que os sistemas nacionais de saúde possam responder adequadamente às necessidades das populações. A despeito da expressão dessa força de trabalho, a perspectiva de convergência de ações e políticas na agenda regional esbarra não apenas nas dificuldades estruturais, mas na grande heterogeneidade de designações, práticas, atribuições e perfis formativos das/os técnicas/os em saúde entre os países, o que torna mais difíceis as análises e estudos orientados à integração e à Cooperação Sul-Sul (Noronha *et al*, 2023).

É notório que as/os trabalhadoras(es) consideradas como técnicas/os em saúde representam o maior contingente da força de trabalho na área, uma vez que reúne diferentes perfis profissionais nesse coletivo e estão presentes nos diferentes campos de práticas, desde a promoção, prevenção, diagnóstico até a assistência e a reabilitação (Morosini, Koster e Braga, 2024).

Internacionalmente, são poucos os dados sistematizados acerca da força de trabalho de nível técnico na área da saúde, mas estima-se a sua preponderância numérica sobre profissionais de nível superior. Em geral, sabe-se que há uma baixa densidade de trabalhadores de saúde nos países da América Latina em relação à América no Norte, Centro América, Caribe e México (Opas, 2025).

Embora seja uma força de trabalho numericamente expressiva, poucos estudos se debruçam sobre esse coletivo. Sua invisibilização também decorre da influência do modelo taylorista/fordista na saúde, que reforça a divisão técnica e social do trabalho, que fomenta a distinção entre os que concebem e os que executam o trabalho, a hierarquização profissional e traz diferentes contornos para a profissionalização das/os trabalhadoras(es), com repercussões na formação e regulação do trabalho.

Para além destas questões sociológicas e políticas, destaca-se ainda a ausência de uma compreensão unívoca entre os países acerca da definição propriamente dita das/os Técnicas/os em Saúde. Assim, aportar esta compreensão é fundamental para as estratégias de lutas pelo seu reconhecimento e fortalecimento das políticas para a gestão do trabalho e educação na saúde.

Já no momento da criação da RETS, durante as reuniões ocorridas em Cuba (1996) e no Rio de Janeiro (1997), a definição apropriada pela OPAS do que seria uma(um) Técnica/o em Saúde fora apresentada como:

El técnico em salud tiene conocimientos, habilidades y actitudes para desarrollar funciones en el proceso de trabajo y em áreas específicas de su competencia en el campo tecnológico. Estas funciones pueden ser dependientes e independientes dentro del equipo de salud en el ámbito preventivo, asistencial, docente, de investigación y administrativo. (Castilho, Manfredi, 1999: 17 apud Ramos, 2007: S286)

Por meio dessa compreensão pode-se perceber um olhar muito abrangente, que consideraria os diversos campos e níveis de complexidades de atividades e funções, e que contemplariam distintas profissões e itinerários formativos. Tal como complementa Ramos (2007, p. S286), a perspectiva da formação poderia compreender desde o nível auxiliar até o profissional, com exigências de 8 a 12 anos de escolaridade.

No Brasil, em 2001, a Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde situada na EPSJV, descreveu a concepção de técnicas/os em saúde no relatório de sua primeira iniciativa de investigação ligada a Rede de Observatórios em Recursos Humanos em Saúde – Rede Observa RH, instituída pelo Ministério da Saúde em parceria com a OPAS:

Cabe esclarecer que, quando falamos de técnicos em Saúde, estamos nos referindo, de forma ampla, ao conjunto de trabalhadores que exercem atividades técnico-científicas no interior do setor Saúde, não restringindo essa noção à escolaridade destes como frequentemente se faz, isto é, só considerando técnico aquele que detém o nível médio de ensino. [...] portanto, a noção de técnicos em Saúde que vamos utilizar inclui desde trabalhadores elementares, responsáveis por atividades consideradas simples – pois que a complexidade do trabalho supostamente não exigiria mais do que as quatro primeiras séries do ensino fundamental –, representados atualmente pelo grande contingente de agentes comunitários de saúde em sua maioria contratados de forma precária pelos serviços de Saúde (Nogueira et al., 2000; Vieira et al., 2003a, 2003b) –, pelos auxiliares e técnicos de diversas especialidades, que detêm, respectivamente, ensino fundamental e médio, e pelos tecnólogos, de nível superior. (EPSJV/OTS, 2003: 11-12).

A Rede Internacional de Educação Profissional em Saúde (RETS) recente, ao delimitar sua compreensão sobre o trabalho técnico em saúde, reafirma a concepção de técnicas/os de forma desassociada ao grau de escolaridade ou à posição hierárquica que ocupam no trabalho, fundamental para o trabalho cooperativo entre instituições de diferentes países (RETS, 2022).

No âmbito da RETS, o trabalho técnico em saúde é considerado como todo aquele realizado pelo conjunto de trabalhadores que exercem atividades técnico-científicas no setor e compreende desde as atividades de natureza mais simples, realizadas pelos auxiliares e agentes comunitários de saúde, até as de natureza mais complexa, realizadas por técnicos de nível superior. (RETS, 2022)

Em 2023, o Observatório dos Técnicos em Saúde (OTS) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) atualizou o seu plano de comunicação e, ao reestruturar seu website, reafirmou a concepção ampliada que vem sendo adotada pela EPSJV desde os anos iniciais de sua existência. Abrange, portanto,

[...] trabalhadoras e trabalhadores que atuam na área da saúde, com escolaridade variada – ensino fundamental, médio e superior – e formação profissional técnica ou superior tecnológica, como também aquelas(es) que atuam sem formação profissional na área, com saberes adquiridos no e pelo trabalho (Morosini, Koster e Braga, 2024, p.2).

Essa concepção, ao mesmo tempo que demarca sobre quem estamos nos referindo quando queremos abordar o conjunto de trabalhadoras(es) técnicas/os no campo da saúde, reitera a perspectiva da qualificação profissional, compreendida como relação social que mobiliza indissociavelmente as dimensões inerentes ao campo da formação e do trabalho, abrangendo articuladamente as políticas e legislações de ambos os campos, a organização curricular dos cursos de formação, o sistema de ensino e de classificação de cargos e salários, a definição dos escopos de práticas e atribuições no trabalho, entre outras coisas (Chinelli, Vieira e Deluiz, 2013).

Como visto, as informações sobre a força de trabalho são complexas e refletem a difícil tarefa de produzir uma integração e harmonização/equivalência acerca dessas/os trabalhadoras(es) nos diferentes países da região. Essas questões, que podem ser percebidas nos sistemas de informação de apoio à gestão do trabalho e educação na saúde e que corroboram para a sua invisibilização. Nesse sentido, destaca-se os esforços como as Contas Nacionais da Força de Trabalho em Saúde (CNFTS) – Opas/OMS (2020), que buscam apoiar os países na padronização dos sistemas de informação da força de trabalho em saúde, para a capacidade de trocar

dados da força de trabalho em saúde dentro de sistemas de informação de saúde nacionais ou subnacionais mais amplos, bem como dentro dos sistemas internacionais de informação. Dessa forma, a rápida agregação e exibição dos dados da força de trabalho em saúde para a tomada de decisões podem ser plenamente realizadas e as CNFTS podem servir como uma ferramenta orientadora e de apoio para os países informarem as decisões políticas nacionais da FTS com base em evidências.

A inquietude sobre as mesmas questões retóricas sobre quem seriam as/os trabalhadoras(es) técnicas/os que atuam na APS e quais as suas atribuições e práticas, formação e vínculo, considerando a necessária cooperação entre os países da América latina é que nos move cotidianamente a enfrentar os desafios dessa pesquisa.

A relevância das Trabalhadoras/es Comunitárias/os em Saúde na APS da América Latina

Os diferentes arranjos dos países influenciam na configuração da força de trabalho que atua na APS, incorporando diferentes perfis de trabalhadoras e trabalhadores, foco central desta pesquisa. Neste sentido, os resultados de pesquisa possibilitaram a observação de diferentes locais e atividades, que apontam para diversos coletivos e áreas de atuação das/os Técnicas/os em Saúde. A enfermagem é uma delas, que historicamente se configurou como categoria central para os sistemas de saúde. Mas, também se destacaram outros perfis ocupacionais como aqueles que atuam na saúde bucal, nos serviços de apoio diagnóstico (por imagem e laboratoriais), na área administrativa e de vigilância em saúde. E ainda, as/os cuidadoras/es, que representam avanço à luz das necessidades socioeconômicas contemporâneas do trabalho de cuidado nos territórios.

Retorna-se, portanto, aos preceitos de Alma-Ata, de 1978, cuja recomendação era para que os cuidados primários fossem realizados não apenas por médicas/os e enfermeiras/os, mas que fossem incorporadas as parteiras, auxiliares e agentes comunitárias/os, fortalecendo o trabalho de base territorial e orientação comunitária. Portanto, destaca-se a relevância daquelas/es que são reconhecidas/os como Trabalhadoras/es Comunitárias/os em Saúde, que ganharam expressão na literatura e documentos analisados pela pesquisa, bem como nos resultados do inquérito.

Buscando compreender o que abrange do trabalho de base territorial e orientação comunitária na APS, configura-se como aquele que se organiza a partir de áreas geográficas e populacionais, com atuação de equipes multiprofissionais, e possui ênfase nas ações de prevenção, promoção, vigilância e cuidado contínuo, com

base na territorialização como instrumento para mapear as necessidades, vulnerabilidades e dinâmicas sociais, e pautado na participação comunitária (Rede de pesquisa em APS, 2022).

Desta forma, em relação às/aos Trabalhadoras/es Comunitárias, a ocupação é descrita na ISCO 08 (2012) da seguinte forma:

Os agentes comunitários de saúde fornecem educação em saúde, encaminhamento e acompanhamento, gestão de casos, cuidados preventivos básicos de saúde e serviços de visitas domiciliares a comunidades específicas. Eles oferecem apoio e assistência a indivíduos e famílias na navegação pelo sistema de serviços de saúde e sociais. (ISCO-08, 2012, tradução nossa).

Morosini e Fonseca (2018) e Mélo, Santos e Albuquerque (2023) afirmam o quanto se torna muito mais difícil formular uma compreensão única sobre quem seria a/o Trabalhadora/or Comunitária/o de Saúde no cenário internacional e no Brasil, uma vez que há uma diversidade de termos que as/os denominam, mas também definições relacionadas às atribuições e práticas, à formação e aos vínculos/inserções no trabalho que variam entre entidades governamentais, não governamentais e filantrópicas. No entanto, alguns parâmetros elencados pelas/os autoras/es, que dialogam inclusive com as atividades descritas no ISCO-08 (2012) e na CBO (Brasil, 2010), constituem um caminho para o reconhecimento desse coletivo de trabalhadoras/es, que conforme apresentada a seguir:

- São integrantes da comunidade nas quais atuam, identificadas/os pelos grupos populacionais que atendem;
- Atuam como um elemento de conexão entre os serviços de saúde e a população, em especial grupos populacionais em situação de vulnerabilidade e desassistência;
- Realizam atividades de educação em saúde e prevenção de doenças e riscos à saúde, coleta de dados. Tanto na América Latina e quanto em outros países, suas práticas voltam-se para a prevenção de doenças, acompanhamento do desenvolvimento infantil, gestantes e tratamento de agravos; controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Assim como, em especial em contextos de escassez de serviços e de outras/os profissionais de nível superior ou em países de baixa renda, incorporam práticas de baixa complexidade e simplificadas (imunização, aferição de pressão etc.), e até expandem para outras práticas voltadas para a prescrição e distribuição de medicamentos que envolveria um raciocínio clínico e biomédico.

- Em relação a qualificação/formação, podem ser leigos, com breves capacitações, terem nível secundário com cursos de mais duração e currículos abrangentes, ou até mesmo uma educação formal em curso técnico ou superior tecnológico;
- A remuneração é variada e vai desde salários regulares, perpassando por ajuda de custo, bolsa, incentivos, até mesmo como voluntárias/os (Morosini e Fonseca, 2018, p. 381 e 382; Mélo, Santos e Albuquerque, 2023).

Os elementos apontados por Morosini e Fonseca (2018) e reforçados por Mélo et al (2023) afirmam haver uma multiplicidade de saberes e fazeres, adquiridos por diferentes trajetórias formativas, e práticas que variam de país para país, mas que no geral englobam o cuidado, a vigilância em saúde, a educação e comunicação em saúde, as atividades administrativas, articulação e mobilização social.

A partir dessas definições, demarca-se o coletivo de trabalhadoras/es comunitárias/os a partir dos resultados do inquérito da pesquisa, mediados, pelas descrições do ISCO 08, da CBO (Brasil, 2010) e dos Descritores em Ciências da Saúde da BVS (DeCS), porém não presos à estas classificações, considerando as múltiplas denominações e perfis que existem nos países, conforme apresentado no Quadro 04 a seguir:

Quadro 04: Delimitação das/os Trabalhadoras/os Comunitárias/os segundo os diferentes perfis de ocupações/denominações de Técnicas/os em Saúde – 2026

Categoria	Espanhol	Português
Agentes, assistentes, auxiliares ou outras/os trabalhadoras/es com formação inicial ou saberes adquiridos pelo/no trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Agente Comunitaria/o de la Salud; • Agente de Salud; • Asistente de Salud; • Asistente de Salud Pública; • Asistente Técnica/o de Atención Primaria; • Auxiliar de Salud Familiar y Comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Agente Comunitária/o de Saúde (sem formação técnica); • Agente Indígena de Saúde
Técnicas/os médios	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica/o en Atención Primaria; • Técnica/o en Atención del Niño y Niña Indígena; • Técnica/o en Atención Integral de Salud; • Técnica/o en APS; • Técnica/o en Promoción de la Salud; • Técnica/o en Salud Comunitaria; • Técnica/o en Salud Pública; • Técnica/o en Salud Rural; 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica/o em Agente Comunitário em Saúde
Técnicas/os Superiores	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica/o Superior en Promoción de la Salud; 	Não se aplica
Tecnólogas/os	<ul style="list-style-type: none"> • Tecnóloga/o em APS 	Não se aplica

Fonte: Inquérito da pesquisa; ISCO 08 (2008); CBO (Brasil, 2010); Descritores em Ciências da Saúde (DeCS); Mélo, Santos e Albuquerque (2023); Morosini e Fonseca (2018).

3.2.2 Quem são os técnicos que atuam na APS da América Latina?

3.2.2.1 Panorama regional: perfis mais frequentes na revisão de literatura

Em relação aos técnicos mais abordados na literatura, observou-se que, no Brasil, predominaram os agentes comunitários de saúde, representando dois terços das citações nos textos selecionados, o que evidencia a importância da Estratégia Saúde da Família na reorganização da APS no país (Tabela 05). Auxiliares e técnicos de enfermagem foram citados de forma semelhante, somando em torno de 23% das citações. Este conjunto de três técnicos somam aproximadamente 91% das citações. Um conjunto de 06 perfis de técnicos (técnico de saúde bucal, doula/parteira, agente de combate às endemias, auxiliar em saúde bucal, técnico em farmácia e agente de saúde indígena) compõem o grupo que soma cerca de 9% das citações nos textos, evidenciando a necessidade de se aumentar a visibilidade do trabalho dos mesmos na realidade brasileira.

Tabela 05: Denominações de técnicos abordados no Brasil conforme número de citações nos textos incluídos*

Categoria de técnico	Número de citações de determinado técnico - todos os textos	%
Agente Comunitário de Saúde	93	66,43
Auxiliar de Enfermagem	18	12,86
Técnico de Enfermagem	15	10,71
Técnico em saúde bucal	4	2,86
Doula/Parteira	3	2,15
Agente de combate às endemias	3	2,15
Auxiliar em saúde bucal	2	1,42
Técnico em farmácia	1	0,71
Agente de saúde indígena	1	0,71
Total	140	100%

*Um documento/artigo pode abordar mais de um técnico.

Em relação aos demais países da América Latina estudados, observou-se predomínio de três perfis profissionais, com destaque para os trabalhadores comunitários, representados pelo Agente Comunitário de Saúde, mais frequente, e o Promotor de Saúde, logo em seguida. Em terceiro lugar deste grupo, identificou-se o Auxiliar de Enfermagem. Um segundo grupo com menos textos foi composto por Parteira, Auxiliar de Saúde e Assistente Técnico de Atenção Primária, sendo que os demais técnicos, como Técnico de enfermagem de nível superior, Brigadista, Técnico de enfermagem, Auxiliar sanitário e Gestor comunitário, dentre outros, compuseram um terceiro grupo, muito pouco abordado, conforme pode ser verificado na Tabela 06.

Esta disposição se mantém praticamente a mesma quando se analisa separadamente os artigos científicos e os documentos oficiais (documentos governamentais e de agências), havendo apenas uma alteração em relação aos auxiliares de enfermagem, que se tornam o segundo perfil técnico mais abordado em documentos oficiais, praticamente com o mesmo número dos agentes comunitários. Esta questão pode ser explicada pelos esforços dos governos em qualificar e ampliar a força de trabalho da enfermagem, sobretudo técnica, considerando sua inserção estratégica nos sistemas de saúde.

Tabela 06: Denominações de técnicos abordados nos demais países da América Latina conforme número de citações nos textos incluídos*

Categoria de técnico	Nº de citações de cada técnico - todos os textos	%
Agente Comunitário de Saúde (Agente comunitario de salud, agente comunitario de la salud, agente voluntaria de salud, voluntario comunitario, agente de salud indigena, agente comunitario de atención primaria de salud, Caminante de la Salud)	31	29
Promotor de Saúde (Promotor de Salud, promotor de salud oral, promotor de salud comunitaria, promotora de salud, promotora de salud, promotor de saneamento, promotor comunitario, auxiliar promotor de salud, promotor indígena, monitor em saúde mental, defensor de salud)	24	22,3
Auxiliar de Enfermagem (Auxiliar de enfermería, auxiliar de enfermería de campo, auxiliar de enfermería rural)	22	20,4
Parteira (Parteira, matrona)	7	6,5
Auxiliar de Saúde (Auxiliar de salud, auxiliar de campo, auxiliar rural de salud)	5	4,75
Assistentes Técnicos de Atenção Primária (ATAPS) (Asistentes técnicos de atención primaria, técnicos de atención primaria)	4	3,75
Técnico de Enfermagem de Nível Superior (TENS) (Técnico en Enfermería de Nivel Superior)	3	2,85
Brigadista	3	2,85
Técnico de Enfermagem (Técnico en Enfermería)	2	1,9
Auxiliar Sanitária (Auxiliar sanitaria)	2	1,9
Agente Sanitário (Agente sanitario)	2	1,9
Gestor Comunitário (Gestor comunitario)	1	0,95
Assistente de Saúde (Asistente de salud)	1	0,95
Total	108	100%

Fonte: Revisão Bibliográfica da Pesquisa.

3.2.2.2 Panorama regional: perfis mais frequentes no inquérito

Nesta seção, serão apresentadas as informações obtidas por meio do inquérito online respondido por 1.835 técnicos em saúde e 631 especialistas em Atenção Primária à Saúde (APS), provenientes de 19 países da América Latina.

Ao buscar responder à questão “quem são os técnicos em saúde que atuam na APS” em uma perspectiva regional, destacam-se dez perfis profissionais, que apresentaram as maiores frequências no inquérito: técnicos de enfermagem (1440), técnicos em atenção primária à saúde (1291), auxiliares de enfermagem (1196), agentes comunitários de saúde (1073), técnicos superiores de enfermagem (828), auxiliares de farmácia (786), tecnólogos em APS (702), auxiliares de saúde bucal (700), técnicos em patologia clínica/laboratório em análises clínicas (691) e agentes de saúde pública (686) (ver quadro 05).

O panorama sugere um forte protagonismo da enfermagem e dos trabalhadores comunitários na APS dos países latino-americanos. Dos dez perfis que aparecem com maior frequência no inquérito, três são ligados à categoria da enfermagem, quatro são trabalhadores comunitários (TAPS, ACS, tecnólogos em APS e agentes de saúde pública).

Quadro 05: Técnicos que atuam na Atenção Primária à Saúde da América Latina: quadro regional por frequência e níveis de formação de perfis profissionais, 2025

	Agentes e Auxiliares Mediana = 328	N	Técnicos Médios Mediana = 302	N	Técnicos Superiores Mediana= 206	N	Tecnólogos Mediana = 176	N
1	Auxiliar de Enfermagem	1196	Técnico de enfermagem	1440	Técnico Superior em enfermagem	828	Outro tecnólogo	962
2	Outro agente/auxiliar	1092	Técnico em Atenção primária	1291	Outro técnico superior	825	Tecnólogo em APS	702
3	Agente Comunitário de Saúde	1073	Técnico em Patologia clínica (laboratório em análises clínicas)	691	Técnico superior em promoção da saúde	613	Tecnólogo em enfermagem	459
4	Auxiliar de farmácia	786	Técnico em saúde bucal	567	Técnico Superior de Laboratório	567	Tecnólogo em raio x	423
5	Auxiliar de Saúde Bucal	700	Paramédico	565	Técnico Superior de Radiologia	416	Tecnólogo em Imagenologia	399
6	Agente de Saúde Pública	686	Técnico em Farmácia	514	Técnico Superior em Laboratório clínico	373	Tecnólogo Médico em terapia física e reabilitação	382
7	Cuidadora ou cuidador de pessoas idosas	619	Técnico em Radiologia	487	Técnico Superior de emergências em saúde	288	Tecnólogo em emergências médicas	316
8	Auxiliar técnico em patologia clínica (laboratório, análises clínicas)	593	Trabalhadores Comunitários em Saúde	440	Técnico superior em instrumentação cirúrgica	239	Tecnólogo médico em Laboratório clínico	271
9	Trab. de Apoio à Saúde (cuidadoras e cuidadores em saúde, babá e mãe social)	576	Técnico em cuidados pessoais em saúde (idosos, crianças, pessoas com deficiência)	438	Técnico superior em imagenologia	233	Tecnólogo ambiental	263
10	Auxiliar administrativo (agentes, assistentes e auxiliares administrativos)	479	Técnico em promoção de saúde	437	Técnico superior em segurança do trabalho e higiene do trabalho	231	Tecnólogo em atendimento pré-hospitalar	245

	Agentes e Auxiliares Mediana = 328	N	Técnicos Médios Mediana = 302	N	Técnicos Superiores Mediana= 206	N	Tecnólogos Mediana = 176	N
11	Trab. de serviços gerais (conservação, manutenção e limpeza)	399	Técnico em Vigilância Sanitária	420	Técnico superior em psicologia	219	Tecnólogo paramédico	237
12	Maqueiro	366	Técnico em vigilância em saúde/control de vetores	379	Técnico Superior em esterilização	212	Tecnólogo em saúde ocupacional	225
13	Agente/Auxiliar de Vacinação	341	Outro técnico	349	Técnico Superior em Obstetrícia	206	Tecnólogo em radiologia	218
14	Vigilante e guarda de segurança	315	Técnico em nutrição e dietética	339	Técnico Superior em hemoterapia	205	Tecnólogo em imagens diagnósticas	192
15	Recepcionista	296	Técnico em segurança do trabalho	302	Técnico Superior em Infância, Adolescência e família	169	Tecnólogo em água e saneamento	178
16	Agente de defesa ambiental	277	Técnico em urgências médicas	281	Técnico superior em psicologia social	156	Tecnólogo em terapia ocupacional	174
17	Auxiliar em nutrição e dietética	271	Técnico em enfermagem Obstétrica (Matrona)	276	Técnico superior em paramédica	147	Tecnólogo em saneamento ambiental	167
18	Agente de controle de vetores e zoonoses	258	Técnico em serviço social	260	Técnico Superior em manejo e manutenção de laboratórios	143	Tecnólogo em tomografia	167
19	Porteiro e vigia	243	Técnico em meio Ambiente	242	Técnico Superior em Podologia	134	Tecnólogo superior em segurança e higiene do trabalho	167
20	Agente/Auxiliar de apoio aos serviços de diagnóstico por imagens	242	Técnico de apoio aos serviços de diagnósticos por imagens	231	Técnico superior em gerontologia	133	Tecnólogo médico em laboratório clínico e anatomia patológica	154
21	Agente de combate a endemias	183	Técnico de fisioterapia	221	Técnico Superior em centro cirúrgico	126	Tecnólogo em anestesia	151

	Agentes e Auxiliares Mediana = 328	N	Técnicos Médios Mediana = 302	N	Técnicos Superiores Mediana= 206	N	Tecnólogos Mediana = 176	N
22	Parteira	167	Técnicos de serviços administrativos da saúde	217	Técnico Superior em Biotecnologia	123	Tecnólogo em urgência médica	142
23	Agente/Auxiliar em terapias Integrativas e Complementares	134	Técnico em eletrocardiografia	214	Técnico Superior em cardiopulmonar	121	Tecnólogo em cito histologia	138
24	Agente de Saúde Indígena	104	Técnico em terapias integrativas e complementares	192	Técnico Superior em Bromatologia	94	Tecnólogo em controle ambiental	132
25	Agente Indígena saneamento	67	Técnico em hemodiálise	184	Técnico Superior em Menores e família	89	Tecnólogo cirúrgico	131
26	Doula	47	Técnico em Óptica e optometria	178			Tecnólogo em terapia respiratória	127
27			Técnico em podologia	168			Tecnólogo em medicina nuclear	114
28			Técnico em próteses ortopédicas	151			Tecnólogo em gestão hospitalar	43
29			Técnicos em estética	113			Tecnólogo em sistemas biomédicos	22
30							Tecnólogo em oftálmica	15

3.2.2.3 Panorama Regional: áreas de atuação e níveis de formação

Quando agregados em áreas de atuação mais abrangentes, os técnicos em saúde de 8 áreas específicas representam 60,8% do total de respostas do questionário, com forte predomínio dos trabalhadores comunitários e de enfermagem, que somados, chegam a 27% do total de respostas sobre os trabalhadores técnicos da APS (quadro 06).

Quadro 06: Distribuição da frequência dos técnicos em saúde indicada no inquérito por **áreas de atuação:**

Distribuição entre as áreas:	%
Trabalhadoras/es comunitárias	14,3%
Trabalhadoras/es da enfermagem	12,7%
Trabalhadoras/es do apoio diagnóstico por imagem	7,8%
Trabalhadoras/es do apoio diagnóstico laboratorial	7,7%
Trabalhadoras/es da vigilância em saúde	6,2%
Trabalhadoras/es do cuidado	4,4%
Trabalhadoras/es da gestão, administração e apoio	4,3%
Trabalhadoras/es da saúde bucal	3,4%
Total	60,8%

Fonte: Inquérito da Pesquisa

Quando esse quantitativo é agregado por níveis de formação, percebe-se maior concentração de trabalhadores nos estratos mais baixos de formação: agentes, auxiliares, assistentes e demais trabalhadores com formação inicial e/ou saberes adquiridos no e pelo trabalho; técnicos de nível médio em saúde. Reunidos, os dois níveis representam cerca de 70% do total dos técnicos das 8 áreas em destaque (Quadro 07).

Quadro 07: Distribuição da frequência dos técnicos em saúde indicada no inquérito por **níveis de formação:**

Níveis de formação:	%
Agentes/Auxiliares/Assistentes	36,4%
Técnicas/os médios	33,4%
Técnicas/os Superiores	13,9%
Tecnólogas/os	16,1%

Quadro 08: Frequência e percentual de perfis de técnicos em saúde em países da América Latina por áreas de atuação e níveis de formação, 2025:

Categorias	Agentes, auxiliares e assistentes	N	%	Técnicas/os médios	N	%	Técnicas/os superiores	N	%	Tecnólogas/os	N	%	Total	% sobre o total de respostas
Trabalhadoras/es Comunitárias/os de Saúde	Agentes Comunitárias/os de Saúde (sem formação técnica)	1073	20,1	Técnica/o em Atenção Primária	1291	24,1	Técnica/o Superior em Promoção da Saúde	613	11,5	Tecnóloga/o em Atenção Primária	702	13,1	5346	14,3%
	Agente de Saúde Pública	686	12,8	Técnico em Agente Comunitária/o de Saúde	440	8,2								
	Agente Indígena de Saúde	104	1,9	Técnico em Promoção à Saúde	437	8,2								
	Subtotal	1863	34,8	Subtotal	2168	40,5	Subtotal	613	11,5	Subtotal	702	13,1	100%	
Trabalhadoras/es do Cuidado	Cuidadoras/es da pessoa idosa	619	37,9	Técnicos em cuidados pessoais em saúde (idosos, crianças e pessoas com deficiência)	438	26,8							1633	4,4%
	Trabalhadoras/es do apoio à saúde (cuidado em saúde babá, mãe social)	576	35,3											
	Subtotal	1195	73,2	Subtotal	438	26,8	Subtotal	0	0	Subtotal	0	0	100%	
Trabalhadoras/es da Enfermagem	Auxiliares em enfermagem	1196	25,2	Técnicas/os em enfermagem	1441	30,4	Técnicas/os superiores em enfermagem	828	17,4	Tecnólogas/os em enfermagem	459	9,7	4746	12,7%
	Agentes / auxiliares de vacinação	341	7,2	Técnicas/os enf. na área obstétrica (Matronas)	275	5,8	Técnicas/os superiores em obstetrícia	206	4,3					
	Subtotal	1537	32,4	Subtotal	1716	36,2	Subtotal	1034	21,7	Subtotal	459	9,7	100%	

Categorias	Agentes, auxiliares e assistentes	N	%	Técnicas/os médios	N	%	Técnicas/os superiores	N	%	Tecnólogas/os	N	%	Total	% sobre o total de respostas
Trabalhadoras/es do apoio ao diagnóstico e tratamento radiológico	Agente/Auxiliar de apoio aos serviços de diagn. imagens	278	9,5	Técnica/o de apoio aos serviços de diagn. imagens	231	7,9	Técnica/o Superior de Radiologia	416	14,2	Tecnóloga/o em Imagenologia	399	13,6	2925	7,8%
				Técnica/o em Radiologia	487	16,6				Tecnóloga/o em Imagem Diagn.	192	6,6		
										Tecnóloga/o em Medicina Nuclear	114	3,9		
										Tecnóloga/o em Raios X	423	14,5		
										Tecnóloga/o em Radiologia	218	7,5		
										Tecnóloga/o em Tomografia	167	5,7		
	Subtotal	278	9,5	Subtotal	718	24,5	Subtotal	416	14,2	Subtotal	1513	51,8		
Trabalhadoras/es do apoio ao diagnóstico laboratorial	Auxiliar Técnica/o em Patol. Clínica (laboratório, análises clínicas)	593	20,8	Técnica/o em Patologia Clínica (laboratório em análises clínicas)	691	24,2	Técnica/o Superior em Manejo e Manutenção de Laboratórios	143	5	Tecnóloga/o em Citohistologia	138	4,8	2856	7,7%
							Técnica/o Superior de Laboratório	567	19,9	Tecnóloga/o Médica/o em Laboratório Clínico	197	6,9		
							Técnica/o Superior em Laboratório Clínico	373	13,1	Tecnól. Médica/o em Lab. Clínico e Anat. Patológica	154	5,4		
	Subtotal	593	20,8	Subtotal	691	24,2	Subtotal	1083	38	Subtotal	489	17,1		

Categorias	Agentes, auxiliares e assistentes	N	%	Técnicas/os médios	N	%	Técnicas/os superiores	N	%	Tecnólogas/os	N	%	Total	% sobre o total de respostas
Trabalhadoras/es da Vigilância em Saúde	Agente Combate Endemias	183	7,9	Técnico em Vigilância Sanitária	420	18,2				Tecnólogo em Água e Saneamento	178	7,7	2303	6,2%
	Agente de Controle Vetores e Zoonoses	258	11,2	Técnico em Meio Ambiente	242	10,5				Tecnólogo em Saneamento Ambiental	167	7,3		
	Agente Indígena de Saneamento	277	12	Técnico em Vig. em Saúde / Controle de Vetores	379	16,5				Tecnólogo em Controle Ambiental	132	5,7		
	Agente de Defesa Ambiental	67	2,9											
	Subtotal	785	34	Subtotal	1041	45,2	Subtotal	0	0	Subtotal	447	20,7	100%	
Trabalhadoras/es da Saúde Bucal	Auxiliares de Saúde Bucal	700	55,2	Técnicas/os em Saúde Bucal	567	44,8							1267	3,4%
	Subtotal	700	55,2	Subtotal	567	44,8	Subtotal	0	0	Subtotal	0	0	100%	
Trabalhadoras/es da gestão, administração e apoio aos serviços	Agente, assistente e auxiliar administrativo	479	30,1	Técnica/o de Serviços Admin. da Saúde	217	13,6				Tecnóloga/o em Gestão Hospitalar	43	2,7		
	Vigilante e guarda de segurança	315	19,8										1593	4,3%
	Recepcionista	296	18,6											
	Porteiro e Vigia	243	15,3											
	Subtotal	1333	83,8		217	13,6		0	0		43	2,7	100%	
Subtotal por categoria		8234	36,4		7556	33,4		3146	13,9		3653	16,1	22639	60,7%
Total de respostas por níveis de formação		11510	30,8		11587	31,1		6890	18,7		7316	19,6	37303	100%

Quando, ao final do Quadro 08, é analisado o resultado geral sobre o total de respostas sobre todos os perfis indicados pelos participantes da pesquisa (para além das oito áreas de atuação destacadas), a distribuição segue concentrada nos dois primeiros níveis de formação: 11510 (30,8%) agentes, auxiliares e assistentes, e 11587 (31,1%) técnicos de nível médio, perfazendo cerca de 62% dos técnicos identificados na pesquisa.

Na análise interna das áreas de atuação, chama a atenção que entre as/os trabalhadoras/es comunitárias/os, 75,3% das indicações são de agentes/auxiliares/assistentes e técnicas/os médios (34,8% e 40,5% respectivamente). O mesmo ocorre com as/os trabalhadoras(es) da enfermagem: 68,6% são auxiliares e técnicas/os médios (32,4% e 36,2% respectivamente).

Embora apresentem grande concentração nos primeiros níveis de formação, tanto as/os trabalhadoras/es da enfermagem como as/os trabalhadoras/es comunitárias/os apresentaram um percentual razoável nos demais extratos (técnicos superiores e tecnólogos): 31,4% e 24,6%, respectivamente. Comportamento completamente distinto das/os cuidadoras/es, que estão totalmente concentradas/os nos níveis iniciais de formação, com 73% de agentes, auxiliares e assistentes e 26,8% de técnicas/os médios, evidência que permite caracterizar este perfil como emergente, ou seja, ainda em vias de consolidação na força de trabalho em saúde.

Nas áreas de **apoio diagnóstico por imagem e tratamento radiológico**, assim como no **diagnóstico laboratorial**, essa relação se inverte: as maiores concentrações se dão nos níveis mais altos de formação: entre as trabalhadoras/es do apoio ao diagnóstico por imagem e tratamento radiológico 93,2% são técnicas/os médios, superiores e tecnólogas/os (24,5%, 16,9% e 51,8%, respectivamente), enquanto entre as trabalhadoras de diagnóstico laboratorial 62,2% são técnicas/os médios e superiores (24,2% e 38%, respectivamente). Já fortemente consolidadas no campo da saúde, estas áreas possuem regulação tanto do exercício profissional como da formação, e suas práticas costumam demandar maior especialização de conhecimentos.

Quanto às/aos trabalhadoras/es da **vigilância em saúde**, o inquérito apontou uma concentração de respostas de 79,2% entre agentes/auxiliares/assistentes e técnicas/os médios (34% e 45,2%, respectivamente), indicando uma inserção profissional fortemente limitada em níveis mais baixos de formação. Da mesma forma, mas ainda mais incipiente na APS dos países latino-americanos, a área de atuação das/os trabalhadoras/es técnicas/os em **saúde bucal** está totalmente concentrada entre as técnicas/os médios (44,8%) e as/os agentes/auxiliares (55,2%).

Por fim, e seguindo a mesma tendência de baixa qualificação do trabalho técnico, as/os trabalhadoras/es da área de **gestão, administração e apoio aos serviços** foram apresentadas majoritariamente como agentes/auxiliares/assistentes (83,8%).

3.2.2.4 *Panoramas Nacionais*

Quando os dados são analisados em nível nacional, torna-se possível estabelecer um *ranking* dos sete perfis profissionais mais frequentes entre os técnicos que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) nos países da América Latina (Quadro 09).

Observa-se um padrão claro: a **enfermagem** ocupa um papel central no primeiro nível de atendimento à população. Nos dezesseis países estudados, todos incluem profissionais de enfermagem entre os perfis mais frequentes. Em dez desses países, há três categorias ligadas à enfermagem entre as sete mais comuns; em quatro países, aparecem duas; e, nos dois restantes, ao menos uma categoria de enfermagem está presente nesse grupo.

Considerando as quarenta ocorrências dessa categoria no Quadro 09, os técnicos de enfermagem se destacam como o perfil mais relevante na APS dos países analisados. Eles estão entre os mais frequentes em quinze países e, em onze deles, ocupam a posição de principal perfil profissional.

Por sua vez, os **trabalhadores comunitários**, considerados como um conjunto diverso de denominações e perfis profissionais de trabalhadores da saúde que atuam junto à população e fortemente identificados com as políticas nacionais e regionais de fortalecimento da APS, representam um segundo grupo de grande importância entre os técnicos que atuam na APS.

Nele figuram agentes comunitários de saúde sem formação técnica (ACS), agentes comunitários de saúde com formação técnica (Tec ACS), os técnicos e tecnólogos em atenção primária à saúde (TAPS e Tecno APS), os agentes de saúde pública (Agt Saude Pub) e os técnicos superiores em promoção da saúde (TecS Promo). Esses trabalhadores estão entre os perfis mais comuns em nove dos dezesseis países analisados, aparecendo dezesseis vezes no Quadro 09. Em países como Equador, Brasil, Paraguai e Honduras, há pelo menos dois perfis distintos de trabalhadores comunitários entre as sete mais frequentes.

Os trabalhadores técnicos ligados ao **diagnóstico laboratorial clínico e anátomo-patológico** também aparecem com destaque na atenção primária à saúde. Estão entre os perfis mais comuns em oito dos dezesseis países analisados, com

destaque ao Peru, que aponta três perfis técnicos associados a esse grupo entre os sete mais comuns.

Os trabalhadores técnicos de apoio ao **diagnóstico por imagem e os trabalhadores administrativos** foram igualmente apontados como grupos importantes na composição das equipes da APS (onze perfis cada), aparecendo em destaque em sete países analisados. Na sequência dos perfis mais comuns, completam a lista os técnicos de farmácia (9), saúde bucal (6), emergência (5), vigilância em saúde (4), nutrição (2) e parteiras (1).

É nítido o alinhamento de perfis que agregam maior densidade tecnológica no trabalho com os níveis mais elevados de formação (técnicos superiores e tecnólogos): são nesses estratos que se concentram as áreas de atuação de diagnóstico por imagem e tratamento radiológico (técnicos superiores e tecnólogos de diagnóstico por imagem, de imagiologia, radiologia, tomografia, medicina nuclear), de diagnóstico laboratorial (técnicos superiores e tecnólogos de laboratório clínico, de laboratório anátomo-patológico, de cito-histologia), de hemoterapia, e também de perfis ligados à assistência hospitalar (técnicos superiores e tecnólogos de instrumentação cirúrgica, de esterilização, de atendimento pré-hospitalar, paramédicos etc).

Chama a atenção a presença incipiente / baixa inserção de perfis ligados à **saúde bucal** na APS, assim como de trabalhadores ligados à vigilância em saúde - agentes de controle de vetores, agente de combate a endemias, técnicos de vigilância sanitária e técnicos de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador).

Como a área de **vigilância em saúde** apresenta diversas confluências, é preciso considerar a relevância de perfis como dos agentes de defesa ambiental, técnicos de meio ambiente, tecnólogos ambientais, tecnólogos de água e saneamento, tecnólogos de saneamento ambiental e de controle ambiental, assim como dos técnicos e tecnólogos em segurança do trabalho.

Quadro 09: Perfis mais prevalentes de técnicos que atuam na APS de países latino-americanos, de acordo com a opinião de técnicos e graduados do próprio país (sete mais indicados):

	País / “n”	1	2	3	4	5	6	7
1	ECU (1319)	TAPS (1025)	ACS (620)	TecEnf (561)	AuxEnf (512)	TecnoAPS (473)	TecS Prom (395)	AuxFarm (358)
2	COL (269)	TecEnf (208)	AuxEnf (188)	TecS Enf (157)	Tec SBucal (125)	Aux SBucal (106)	TecFarm (101)	TecnoAPS (98)
3	ARG (186)	TecEnf (149)	TecS Enf (115)	Agt SPub (98)	Aux Enf (96)	Tec Radiol (90)	TecPatolClin (87)	TecS Laborat (86)
4	BRA (167)	TecEnf (142)	ACS (128)	ACE (119)	Tec SBucal (119)	Aux Adm (117)	Aux SGeral (115)	Tec ACS (114)
5	MEX (156)	TecEnf (109)	Aux Enf (89)	TecS Enf (72)	Aux Adm (70)	Tec Radiol (69)	TecS Radiol (66)	TecParamed (65)
6	CHL (64)	TecS Enf (57)	Tec Enf (52)	Aux Enf (40)	Aux Adm (40)	Tec SBucal (39)	Aux SGeral (36)	Vig e Guarda (34)
7	PER (50)	TecEnf (42)	TecPatolClin (34)	TecS Enf (32)	TecS Laborat (31)	Tec Farm (27)	AuxPatolClin (23)	ACS (22) ^a
8	PRY (46)	TecEnf (35)	TecS Enf (33)	ACS (27)	Tec ACS (21)	Aux Enf (17)	Aux Adm (15)	Agt SPub (11)
9	GTM (41)	Tec Enf (28)	Aux Enf (25)	TecS Enf (19)	AuxPatoClin (19)	TecS Laborat (18)	Tec Radiol (17)	Tec ACS (16) ^b
10	SLV (36)	Tec Enf (28)	Tecno Enf (24)	Tec Vig Sanit (21)	Aux Enf (19)	Tec Farm (19)	TecS Laborat (18)	Aux Farm (18)
11	HND (35)	Tec ACS (23)	Aux Enf (20)	Tec Enf (19)	TecS Laborat (18)	Tec Promo (18)	Aux SGeral (18)	Agt CtrlVet (16) ^c
12	VEN (23)	TecS Enf (18)	Tec Enf (16)	Aux Enf (13)	Tec Radiol (13)	TecParamed (12)	Maqueiro (12)	Tec SBucal (11) ^d
13	DOM (19)	Tec Enf (17)	TecS Enf (15)	Aux Enf (14)	Aux Farm (14)	Tec Farm (13)	Tecno Imag (13)	Maqueiro (12)
14	URY (18)	Tec Enf (13)	Aux Enf (12)	Tec PatolClin (9)	Tec SBucal (9)	Aux PatoClin (9)	Aux Adm (9)	Parteira (9) ^e
15	CRI (17)	Tec Farm (10)	TAPS (9)	Tecno Imag (9)	Aux Enf (8)	Aux Adm (8)	TecS Laborat (8)	TecS Radiol (8) ^f
16	BOL (12)	Tec Enf (10)	Aux Enf (10)	Tec Radiol (8)	Tec Nutrição (7)	Tec PatoClin (6)	Aux Nutrição (5)	Tec VigSanit (5)

Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

a) Também com 22 indicações: Auxiliar de Enfermagem e Tecnólogo em Laboratório Clínico; b) Também com 16 indicações: Técnico Paramédico; c) também com 16 indicações: Técnico Superior em Laboratório Clínico; d) Também com 11 indicações: Auxiliar de Farmácia e Técnico Superior em Radiologia; e) Também com 9 indicações: Auxiliar em Patologia Clínica e Auxiliar de Serviços Gerais; f) Também com 8 indicações: Tecnólogo em RX;

Perfis profissionais de técnicos que atuam na Atenção Primária à Saúde de países latino-americanos, segundo nível de formação e frequência, na opinião de técnicos e graduados do próprio país:

Quadro 10: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde do Equador, segundo nível de formação, na opinião de 1319 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 60	Técnicos Médios Md = 53	Técnicos Superiores Md = 35	Tecnólogos Md = 39
1	ACS (620)	TAPS (1025)	Tec Sup Promo (395)	Tecnol APS (473)
2	Aux Enf (512)	Tec Enf (561)	Tec Sup Enf (261)	Tecnol Enf (174)
3	Aux Farmácia (358)	Tec Pat Clin (296)	Tec Sup Laborat (191)	Tecnol RX (157)
4	Cuidado Idoso (317)	Paramédico (250)	Tec Sup Radiol (103)	Tecno Imagino (151)
5	Apoio Cuid (305)	Tec Cuid Pess (206)	Tec Sup Lab Clin (90)	Tecnol Emerg (129)
6	Agt Saúde Pub (303)	Tec Promoção (147)	Tec Sup Emerg (77)	Tecnol Reabilit (125)
7	Aux SBucal (281)	Tec Vigil Sanit (122)	Tec Sup Imaginol (65)	Tecnol Paramed (97)
8	Aux Pato Clin (210)	Tec SBucal (90)	Tec Sup Infância (53)	Tecnol Amb (96)
9	Agt Def Amb (135)	Tec Enf Obste (87)	Tec Sup Obste (50)	Tecnol PreHosp (80)
10	Maqueiro (99)	Tec Radiol (78)	Tec Sup Instrum (46)	Tecnol Lab Clin (78)
11	Aux Nutrição (68)	Tec Vig Saúde (78)	Tec Sup Seg Trab (45)	Tecnol SOcupa (73)
12	Aux Vacinação (60)	Tec Urgências (75)	Tec Sup Psicol (38)	Tecnol TOcupa (51)
13	Aux Diag. Img (55)	Tec Nutrição (63)	Tec Sup Geronto (35)	Tecnol Saneam (45)
14	Parteira (33)	Tec Farmácia (53)	Tec Sup Paramed (33)	Tecnol Radiol (39)
15	Agt Ctrl Vetores (20)	Tec Seg. Trab (53)	Tec Sup Hemoter (32)	Tecnol Ctrl Amb (35)
16	Aux TIC (16)	Tec Fisioterapia (44)	Tec Sup Manut (31)	Tecnol Tomog (34)
17	Aux Adm (15)	Tec Meio Amb (41)	Tec Sup Esteriliz (30)	Tecnol Seg Trab (34)
18	Vig e guarda (3)	Tec Diag Imag (40)	Tec Sup Podol (24)	Tecnol Saneam (31)
19	Agt Indigena S (2)	Tec Serv Social (33)	Tec Sup CCirurg (23)	Tecnol Ter Resp (30)
20	Recepcionista (2)	Tec Eletrocard (30)	Tec Sup PsiSocial (21)	Tecnol Urgência (29)
21	Aux Serv Gerais (2)	Tec Hemodial (27)	Tec Sup Biotec (20)	Tecnol Lab Anat (28)
22	Porteiro Vigia (1)	Tec Serv Adm (16)	Tec Sup Cardiop (20)	Tecnol Anestes (26)
23		Tec TICs (16)	Tec Sup Familia (18)	Tecnol Cirurg (25)
24		Tec Optometria (10)	Tec Sup Bromato (16)	Tecnol Img Diag (24)
25		Tec Podologia (9)		Tecnol Citohist (23)
26		Tec Protese Orto (6)		Tecnol Med Nuc (16)
27		Tec ACS (3)		

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

Quadro 11: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde da Colômbia, segundo nível de formação, na opinião de 269 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 47	Técnicos Médios Md = 67	Técnicos Superiores Md = 44	Tecnólogos Md = 49
1	Aux Enf (188)	Tec Enf (208)	Tec Sup Enf (157)	Tecnol Enf (111)
2	Aux SBucal (106)	Tec SBucal (125)	Tec Sup Promo (82)	Tecnol APS (98)
3	Agt Saude Pub (92)	Tec Farmácia (101)	Tec Sup Laborat (76)	Tecnol Amb (94)
4	Aux Vacinação (87)	Tec Promoção (95)	Tec Sup Lab Clin (69)	Tecnol SOcupa (83)
5	Aux Adm (86)	TAPS (93)	Tec Sup Psicol (68)	Tecnol Reabilit (81)
6	Aux Farmácia (84)	Tec ACS (89)	Tec Sup Emerg (64)	Tecnol PreHosp (75)
7	Aux Patol Clin (77)	Tec Vig Saúde (81)	Tec Sup Radiol (63)	Tecnol Imaginol (75)
8	ACS (71)	Paramédico (79)	Tec Sup Seg Trab (53)	Tecnol RX (72)
9	Cuidador Idoso (71)	Tec Radiol (79)	Tec Sup PsiSocial (51)	Tecnol ImgDiag (69)
10	Trab Apoio Cuid (66)	Tec Serv Adm (78)	Tec Sup Paramed (49)	Tecnol Saneam (61)
11	Maquero (62)	Tec Vig Sanit (77)	Tec Sup Esteriliza (48)	Tecnol Emerg (61)
12	Aux Serv Gerais (61)	Tec Cuid Pess (76)	Tec Sup Instrum (48)	Tecnol San Amb (54)
13	Aux Nutrição (47)	Tec Patol Clin (75)	Tec Sup Imaginol (44)	Tecnol Seg Trab (52)
14	Aux Diag Imag (46)	Tec Seg Trab (71)	Tec Sup Infância (44)	Tecnol Ctrl Amb (49)
15	Vigil e Guarda (44)	Tec Nutrição (67)	Tec Sup Manut (38)	Tecnol Lab Clin (49)
16	Agt Ctrl Vetores (41)	Tec Serv Social (67)	Tec Sup Obstet (34)	Tecnol Paramed (49)
17	Recepcionista (41)	Tec Meio Amb (63)	Tec Sup C Cirurg (33)	Tecnol TOcupa (45)
18	Port e Vigia (39)	Tec Diag Img (57)	Tec Sup Hemot (33)	Tecnol Ter Resp (40)
19	Aux TICs (31)	Tec Urgências (55)	Tec Sup Cardiop (30)	Tecnol Citohisto (39)
20	Agt Defesa Amb (28)	Tec Fisioter (52)	Tec Sup Geronto (28)	Tecnol Tomog (39)
21	Agt Indig Saude (23)	Tec Eletrocard (43)	Tec Sup Biotec (26)	Tecnol Urgência (37)
22	Parteira (17)	Tec Estética (40)	Tec Sup Podolog (24)	Tecnol Cirurg (35)
23	Agt Comb End (15)	Tec Hemodial (39)	Tec Sup Familia (18)	Tecnol Med Nuc (34)
24	Agt Indigen San (11)	Tec TICs (39)	Tec Sup Bromato (17)	Tecnol Radiol (34)
25	Doula (1)	Tec Optomet (38)		Tecnol Lab Anat (33)
26		Tec Enf Obst (37)		Tecnol Anestes (31)
27		Tec Protes Orto (34)		Tecnol GestHosp (1)
28		Tec Podologia (28)		

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

Quadro 12: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde da **Argentina**, segundo nível de formação, na opinião de 186 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 32	Técnicos Médios Md = 40	Técnicos Superiores Md = 35	Tecnólogos Md = 19
1	Agt Saúde Pub (98)	Tec Enf (149)	Tec Sup Enf (115)	Tecnol RX (41)
2	Aux Enf (96)	Tec Radiol (90)	Tec Sup Laborat (86)	Tecnol Enf (39)
3	ACS (84)	Tec Patol Clin (87)	Tec Sup Radiol (80)	Tecnol Reabilit (35)
4	Cuidado Idoso (80)	Tec Eletrocardio (68)	Tec Sup Hemoter (67)	Tecnol APS (31)
5	Aux Patol Clin (79)	Tec Cuid Pess (67)	Tec Sup Instrum (60)	Tecnol Seg Trab (29)
6	Aux Farmacia (74)	Tec Farmácia (67)	Tec Sup Esteriliz (59)	Tecnol Emerg (27)
7	Maqueiro (72)	Tec SBucal (66)	Tec Sup Lab Clin (56)	Tecnol Img Diag (26)
8	Trab Apoio Cuid (70)	Paramedico (59)	Tec Sup Obste (51)	Tecnol Lab Clin (25)
9	Aux SBucal (69)	Tec Promoção (53)	Tec Sup Seg Trab (51)	Tecnol Tomog (24)
10	Aux Adm (51)	Tec Hemodial (49)	Tec Sup Emerg (44)	Tecnol Anestes (22)
11	Aux Serv Gerais (46)	Tec Diag Imag (47)	Tec Sup Promo (41)	Tecnol Cirurgico (20)
12	Aux Vacinação (34)	Tec Enf Obste (44)	Tec Sup Bromatol (36)	Tecnol Radiol (20)
13	Aux Diag Imag (32)	Tec Serv Social (44)	Tec Sup Psicol (35)	Tecnol Lab Clin (20)
14	Vig e Guarda (32)	Tec Urgencias (44)	Tec Sup Infância (32)	Tecnol Saneam (19)
15	Parteira (30)	Tec Seg Trab (40)	Tec Sup PsiSocial (29)	Tecnol PréHosp (18)
16	Recepcionista (30)	Tec ACS (38)	Tec Sup Geronto (26)	Tecnol TOcupa (18)
17	Agt Defes Amb (26)	Tec Nutrição (35)	Tec Sup Imaginol (25)	Tecnol Citohisto (17)
18	Aux Nutrição (24)	Tec Vig Sanit (35)	Tec Sup Família (25)	Tecnol Imaginol (17)
19	Agt Ctrl Vetores (22)	TAPS (34)	Tec SupCardiopul (22)	Tecnol San amb (17)
20	Porteiro e Vigia (17)	Tec Meio Amb (31)	Tec Sup Podolog (22)	Tecnol Ambient (16)
21	Aux TICs (14)	Tec Serv Adm (26)	Tec Sup Biotecn (21)	Tecnol Med Nuc (15)
22	Agt Comb Ende (8)	Tec Podologia (25)	Tec Sup Manuten (21)	Tecnol Paramed (15)
23	Agt Indígen Sau (7)	Tec Vig Saúde (25)	Tec Sup C Cirurg (20)	Tecnol SOcupa (14)
24	Agt Indígen Sane (3)	Tec Fisioter (23)	Tec Sup Paramed (12)	Tecnol Ctrl Amb (13)
25	Doula (2)	Tec Prótes Orto (20)		Tecnol Ter Resp (13)
26		Tec TICs (15)		
27		Tec Optometria (14)		
28		Tec Estética (5)		

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

Quadro 13: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde do Brasil*, segundo nível de formação, na opinião de 167 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 43	Técnicos Médios Md = 21	Técnicos Superiores	Tecnólogos Md = 21
1	ACS (128)	Tec Enf (142)		Tecnol Radiol (44)
2	ACE (119)	Tec SBucal (119)		Tecnol GestãoH (42)
3	Aux Adm (117)	Tec ACS (114)		Tecnol Saneam (22)
4	Aux Serv Geral (115)	Tec Farmácia (80)		Tecnol SistBiom (21)
5	Aux SBucal (112)	Tec Vig Sanit (63)		Tecnol Oftalmo (14)
6	Aux Enf (105)	Tec Vig Saúde (60)		Tecnol Imaginol (2)
7	Recepcionista (89)	Tec Radiol (58)		
8	Aux Farmácia (80)	Tec Patol Clin (53)		
9	Vig e Guarda (80)	Tec Seg Trab (45)		
10	Porteiro e Vigia (71)	Tec TICS (44)		
11	Agt Ctrl Vetores (63)	Tec Nutrição (35)		
12	Aux Patol Clin (49)	Tec Meio Amb (30)		
13	Cuidado Idoso (43)	Tec Prote Orto (28)		
14	Agt Indig Saude (36)	Tec Optometria (23)		
15	Cuidado Saúde (35)	Tec Estética (21)		
16	Agt S Publica (33)	Tec Podologia (19)		
17	Doula (30)	Tec Serv Adm (4)		
18	Agt Defesa Amb (25)	Tec Paramed (3)		
19	Agt Indig Sanea (25)	Tec Diag Imag (3)		
20	Parteira (19)	Tec Fisioter (3)		
21	Aux Vacinação (5)	TAPS (3)		
22	Aux TICs (4)	Tec Enf Obstet (3)		
23	Aux Diag Imag (3)	Tec Hemod (3)		
24	Aux Nutrição (3)	Tec Serv Social (3)		
25	Maqueiro (2)	Tec Prom Saude (2)		
26		Tec Urgências (2)		
27		Tec Cuid Pess (1)		
28		Tec Eletrocard (1)		

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

*No Brasil os cursos superiores de tecnologia são conhecidos como “tecnólogos”, não havendo uma separação entre estes e os técnicos superiores

Quadro 14: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde do México, segundo nível de formação, na opinião de 156 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 43	Técnicos Médios Md = 37	Técnicos Superiores Md = 20	Tecnólogos Md = 24
1	Aux Enf (89)	Tec Enf (109)	Tec Sup Enf (72)	Tecnol RX (56)
2	Aux Adm (70)	Tec Radiol (69)	Tec Sup Radiol (66)	Tecnol Imaginol (52)
3	Aux Farmacia (59)	Paramedico (65)	Tec Sup Laborat (63)	Tecnol Reabilit (51)
4	Agt Saude Pub (57)	Tec Farmacia (58)	Tec Sup Lab Clin (48)	Tecnol Enf (49)
5	Maqueiro (55)	Tec ACS (58)	Tec Sup Emerg (44)	Tecnol APS (46)
6	Aux Vacinação (53)	Tec Nutrição (56)	Tec Sup Promo (41)	Tecnol Emerg (42)
7	Aux Patol Clin (53)	TAPS (51)	Tec Sup Imaginol (33)	Tecnol Lab Clin (38)
8	Aux Serv Gerais (51)	Tec Patol Clin (51)	Tec Sup Psicol (32)	Tecnol Paramed (38)
9	Aux Nutrição (48)	Tec Promoção (51)	Tec Sup Seg Trab (31)	Tecnol PreHosp (35)
10	Vig e Guarda (47)	Tec Vig Saúde (50)	Tec Sup Instrum (26)	Tecnol Urgência (34)
11	ACS (44)	Tec SBucal (48)	Tec Sup PsiSocial (22)	Tecnol Tomog (31)
12	Aux Diag Img (44)	Tec Urgências (48)	Tec Sup Biotec (21)	Tecnol Aneste (29)
13	Aux SBucal (43)	Tec Serv Social (39)	Tec Sup Manut (20)	Tecnol ImgDiag (29)
14	Recepcionista (43)	Tec Vig Sanit (39)	Tec Sup Gerontol (19)	Tecnol Radiol (29)
15	Cuidado Idoso (39)	Tec Seg Trab (37)	Tec Sup Obstetr (19)	Tecnol LabAnat (24)
16	Cuidado Saude (39)	Tec Enf Obst (35)	Tec Sup Hemoter (18)	Tecnol Cirurg (23)
17	Agt Ctrl Vetores (36)	Tec Optomet (35)	Tec Sup Paramed (18)	Tecnol Citohisto (23)
18	Porteiro e Vigia (35)	Tec Fisioter (33)	Tec Sup Cardiop (17)	Tecnol Seg Trab (23)
19	Aux TICs (25)	Tec Serv Adm (33)	Tec Sup CCirurg (15)	Tecnol Med Nuc (22)
20	Parteira (23)	Tec Cuid Pess (33)	Tec Sup Esteriliz (15)	Tecnol Ter Resp (22)
21	Agt Defes amb (20)	Tec Diag Imag (32)	Tec Sup Infância (10)	Tecnol SOcupa (21)
22	Agt Indig Saude (16)	Tec Podologia (27)	Tec Sup Podolog (10)	Tecnol TOcupa (21)
23	ACE (11)	Tec TICs (27)	Tec Sup Família (9)	Tecnol San Amb (17)
24	Agt Indig Sanea (11)	Tec Eletrocard (26)	Tec Sup Bromato (5)	Tecnol Ambient (13)
25	Doula (6)	Tec Protes Orto (23)		Tecnol ÁguaSan (11)
26		Tec Hemod (22)		Tecnol Ctrl Amb (11)
27		Tec Estética (18)		Tecnol Oftalmo (1)
28		Tec Meio Amb (17)		Tecnol Sist Biom (1)

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

Quadro 15: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde do Chile, segundo nível de formação, na opinião de 64 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 12	Técnicos Médios Md = 11	Técnicos Superiores Md = 7	Tecnólogos Md = 5
1	Aux Adm (40)	Tec Enf (52)	Tec Sup Enf (57)	Tecnol Imaginol (26)
2	Aux Enf (40)	Tec SBucal (39)	Tec Sup Esteril (30)	Tecnol RX (20)
3	Aux Serv Gerais (36)	Tec Farmácia (33)	Tec Sup Podolog (30)	Tecnol Lab Clin (20)
4	Vig e Guarda (34)	Paramédico (29)	Tec Sup Laborat (26)	Tecnol Radiol (13)
5	Aux SBucal (30)	Tec Podologia (25)	Tec Sup Lab Clin (20)	Tecnol ImgDiag (11)
6	Aux Farmacia (29)	Tec ACS (18)	Tec Sup Radiol (15)	Tecnol Reabilit (11)
7	Recepcionista (29)	Tec Enf Obste (16)	Tec Sup Imaginol (15)	Tecnol Tomog (9)
8	Porteiro e Vigia (23)	Tec Serv Social (16)	Tec Sup Obste (13)	Tecnol APS (7)
9	Cuidado Idoso (20)	Tec Serv Adm (14)	Tec Sup Emerg (12)	Tecnol Enf (7)
10	Aux Vacinação (19)	TAPS (13)	Tec Sup Instrum (12)	Tecnol TOcupa (7)
11	Aux Patol Clin (18)	Tec Patol Clin (13)	Tec Sup Hemot (8)	Tecnol LabAnat (7)
12	Agt Saude Pub (14)	Tec Cuid Pess (12)	Tec Sup Promoção (8)	Tecnol MedNuc (6)
13	Aux Nutrição (12)	Tec Nutrição (12)	Tec Sup Manut (7)	Tecnol Citohisto (5)
14	Maqueiro (12)	Tec Radiol (11)	Tec Sup Seg Trab (6)	Tecnol Paramed (5)
15	Cuidado Saúde (11)	Tec TICS (11)	Tec Sup Gerontol (6)	Tecnol Seg Trab (5)
16	ACS (10)	Tec Urgência (9)	Tec Sup Infância (4)	Tecnol Anestesia (4)
17	Aux Diag Imag (10)	Tec Diag Imag (7)	Tec Sup Psi Social (4)	Tecnol Emerg (4)
18	Agt TICs (9)	Tec Optometr (7)	Tec Sup Biotecn (3)	Tecnol SOcupa (4)
19	Parteira (8)	Tec Prom Saúde (7)	Tec Sup Cardiop (3)	Tecnol Urgência (4)
20	ACE (4)	Tec Eletrocard (6)	Tec Sup Família (3)	Tecnol Ambiente (3)
21	Agt Ctrl Vetores (4)	Tec Estética (6)	Tec Sup Psicol (2)	Tecnol Cirurg (3)
22	Agt Defesa Amb (3)	Tec Seg Trab (6)	Tec Sup Bromato (2)	Tecnol Pré-Hosp (3)
23	Agt Indig Sanea (1)	Tec Hemodi (5)		Tecnol San Amb (2)
24		Tec Fisioter (4)		Tecnol Ter Resp (2)
25		Tec Vig Saúde (4)		Tecnol Agua San (1)
26		Tec Vig Sanitária (4)		Tecnol Ctrl Amb (1)
27		Tec Meio Amb (3)		
28		Tec Protes Orto (3)		

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

Quadro 16: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde do Peru, segundo nível de formação, na opinião de 50 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 6	Técnicos Médios Md = 7	Técnicos Superiores Md = 3	Tecnólogos Md = 2
1	Aux Patol Clin (23)	Tec Enf (42)	Tec Sup Enf (32)	Tecnol Reabilit (30)
2	ACS (22)	Tec Patol Clin (34)	Tec Sup Laborat (31)	Tecnol Lab Clin (22)
3	Aux Enf (22)	Tec Farmácia (27)	Tec Sup Lab Clin (21)	Tecnol LabAnat (21)
4	Aux Adm (15)	Tec SBucal (15)	Tec Sup Radiol (11)	Tecnol Imaginol (16)
5	Aux Serv Gerais (14)	Tec ACS (13)	Tec Sup Obste (9)	Tecnol Radiol (15)
6	Agt Saude Pub (13)	Tec Fisioterap (12)	Tec Sup Promoção (5)	Tecnol RX (13)
7	Agt Ctrl Vetores (13)	Tec Radiol (12)	Tec Sup Emerg (4)	Tecnol TOcupa (6)
8	Aux Farmácia (11)	Tec Vig Saúde (12)	Tec Sup Hemot (4)	Tecnol Citohisto (5)
9	Aux Nutrição (10)	Tec Enf Obste (11)	Tec Sup Instrum (4)	Tecnol Enf (5)
10	Vig e Guarda (9)	Tec Vig Sanit (11)	Tec Sup Manut (4)	Tecnol ImgDiagn (5)
11	Porteiro e Vigia (7)	Tec Promoção (10)	Tec Sup Seg Trab (4)	Tecnol APS (4)
12	Trab Apoio Cuid (7)	Paramédico (8)	Tec Sup Bromat (3)	Tecnol Emerg (4)
13	Aux Vacinação (6)	Tec APS (8)	Tec Sup Imaginol (3)	Tecnol Ambiente (2)
14	Recepcionista (6)	Tec Cuid Pess (8)	Tec Sup Infância (3)	Tecnol Saneam (2)
15	Aux SBucal (5)	Tec Meio Amb (7)	Tec Sup Biotecn (2)	Tecnol SOcupa (2)
16	Maqueiro (5)	Tec Nutrição (7)	Tec Sup Cardiop (2)	Tecnol Tomograf (2)
17	Aux Diag Imag (4)	Tec Optometr (6)	Tec Sup CCirurg (2)	Tecnol Paramed (2)
18	Aux TICs (4)	Tec TICs (6)	Tec Sup Paramed (2)	Tecnol Anestes (1)
19	ACE (4)	Tec Diag Imag (6)	Tec Sup Podolog (2)	Tecnol PréHosp (1)
20	Aux Defesa Amb (3)	Tec Serv Adm (5)	Tec Sup Psicolog (2)	Tecnol Ctrl Amb (1)
21	Parteira (3)	Tec Seg Trab (5)	Tec Sup Esteriliz (1)	Tecnol Med Nuc (1)
22	Agt Indig Sanea (2)	Tec Serv Social (5)	Tec Sup Gerontol (1)	Tecnol San Amb (1)
23	Agt Indig Saude (2)	Tec Podologia (4)	Tec Sup Família (1)	Tecnol Ter Resp (1)
24	Doula (1)	Tec Urgências (4)		Tecnol Urgência (1)
25		Tec Eletrocard (2)		Tecnol Seg Trab (1)
26		Tec Hemodial (2)		
27		Tec Prot Ortop (2)		
28		Tec Estética (1)		

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

Quadro 17: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde do Paraguai, segundo nível de formação, na opinião de 46 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 3	Técnicos Médios Md = 3	Técnicos Superiores Md = 2	Tecnólogos Md = 2
1	ACS (27)	Tec Enf (35)	Tec Sup Enf (33)	Tecnol APS (6)
2	Aux Enf (17)	Tec ACS (21)	Tec Sup Radiol (7)	Tecnol Enf (5)
3	Aux Adm (15)	Tec Farmácia (8)	Tec Sup Obste (7)	Tecnol RX (4)
4	Agt Saude Pub (11)	Tec Promoção (5)	Tec Sup Laborat (4)	Tecnol Reabilit (4)
5	Aux Vacinação (9)	Tec Enf Obste (4)	Tec Sup Hemoter (4)	Tecnol Emerg (3)
6	Trab Apoio Cuid (6)	Tec Nutrição (4)	Tec Sup Psicol (4)	Tecnol Imaginol (3)
7	Aux Farmácia (4)	Tec Patol Clin (4)	Tec Sup CCirurg (2)	Tecnol SOcupa (3)
8	Aux Patol Clin (4)	Tec Radiol (4)	Tec Sup Emerg (2)	Tecnol Ambiente (2)
9	Doula (4)	Paramédico (3)	Tec Sup Esteriliza (2)	Tecnol Cirurgico (2)
10	Porteiro e Vigia (4)	Tec Eletrocardio (3)	Tec Sup Imaginol (2)	Tecnol Saneam (2)
11	Recepcionista (4)	Tec SBucal (3)	Tec Sup Infância (2)	Tecnol PreHosp (2)
12	Vig e Guarda (4)	Tec Seg Trabalho (3)	Tec Sup Instrum (2)	Tecnol ImgDiagn (2)
13	Aux Diag Imagem (3)	Tec TICS (3)	Tec Sup Paramed (2)	Tecnol TOcup (2)
14	Agt TICS (3)	Tec Vig Saúde (3)	Tec Sup Psi Social (2)	Tecnol Paramed (2)
15	Aux Nutrição (3)	Tec Vig Sanit (3)	Tec Sup Seg Trab (2)	Tecnol Anestes (1)
16	Cuidado Idoso (3)	Tec Diag Imag (2)	Tec Sup Instrum (2)	Tecnol Citohisto (1)
17	Maqueiro (3)	Tec Fisioter (2)	Tec Sup Paramed (2)	Tecnol Ctrl Amb (1)
18	Parteira (3)	TAPS (2)	Tec Sup Psi Social (2)	Tecnol Med Nuc (1)
19	Aux Serv Gerais (3)	Tec Estética (2)	Tec Sup Seg Trab (2)	Tecnol Radiol (1)
20	Agt Ctrl Vetores (2)	Tec Hemodial (2)	Tec Sup Biotecn (1)	Tecnol San Amb (1)
21	Agt Def Amb (2)	Tec Meio Amb (2)	Tec Sup Bromato (1)	Tecnol Ter Resp (1)
22	Agt Indig Saude (2)	Tec Optomet (2)	Tec Sup Cardiop (1)	Tecnol Tomog (1)
23	Aux SBucal (2)	Tec Podologia (2)	Tec Sup Geronto (1)	Tecnol Urgências (1)
24	ACE (1)	Tec Urgências (2)	Tec Sup Lab Clin (1)	Tecnol Lab Clin (1)
25	Agt Indig Sanea (1)	Tec Serv Adm (1)	Tec Sup Manut (1)	Tecnol Lab Anat (1)
26		Tec Cuida Pess (1)	Tec Sup Família (1)	Tecnol Seg Trab (1)
27		Tec Prot Ortop (1)	Tec Sup Podologia (1)	
28		Tec Serv Social (1)	Tec Sup PromSau (1)	

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

Quadro 18: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde da Guatemala, segundo nível de formação, na opinião de 41 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 6	Técnicos Médios Md = 7	Técnicos Superiores Md = 3	Tecnólogos Md = 4
1	Aux Enf (25)	Tec Enf (28)	Tec Sup Enf (19)	Tecnol Saneam (11)
2	Aux Patol Clin (19)	Tec Radiol (17)	Tec Sup Laborat (18)	Tecnol RX (10)
3	Agt Ctrl Vetores (13)	Paramédico (16)	Tec Sup Lab Clin (11)	Tecnol Enf (9)
4	ACS (10)	Tec ACS (16)	Tec Sup Radiol (9)	Tecnol Reabilit (8)
5	Aux Farmácia (9)	Tec Patol Clin (15)	Tec Sup Promoção (7)	Tecnol APS (6)
6	Aux Serv Gerais (9)	Tec Serv Social (15)	Tec Sup Psicol (7)	Tecnol Imaginol (6)
7	Aux Adm (8)	Tec Vig Saúde (14)	Tec Sup Paramed (6)	Tecnol Saneam (6)
8	Agt Saude Pub (7)	TAPS (11)	Tec Sup Hemoter (5)	Tecnol Tomog (6)
9	Aux Vacinação (7)	Tec Farmácia (11)	Tec Sup Seg Trab (5)	Tecnol Lab Clin (6)
10	Aux Nutrição (7)	Tec Promoção (11)	Tec Sup Infância (4)	Tecnol Anestesia (5)
11	Aux DiagImagem (6)	Tec Vig Sanit (11)	Tec Sup Psic Social (4)	Tecnol Emerg (5)
12	Parteira (6)	Tec Nutrição (10)	Tec Sup Biotec (3)	Tecnol Paramed (5)
13	Trab Apoio Cuid (6)	Tec Hemodial (8)	Tec Sup Cardiopul (3)	Tecnol Ambiental (4)
14	Vig e Guarda (6)	Tec Meio Amb (8)	Tec Sup CCirurg (3)	Tecnol Pre-Hosp (4)
15	Aux SBucal (5)	Tec Fisiot (7)	Tec Sup Emerg (3)	Tecnol ImgDiagn (4)
16	Maqueiro (5)	Tec Serv Adm (7)	Tec Sup Biotecn (3)	Tecnol Citohisto (3)
17	Aux TICs (4)	Tec Enf Obstet (6)	Tec Sup Cardiop (3)	Tecnol Radiol (3)
18	Cuidado Idoso (4)	Tec Urgência (6)	Tec Sup CCirurg (3)	Tecnol SOcupa (3)
19	Porteiro e Vigia (4)	Tec Eletrocard (5)	Tec Sup Emerg (3)	Tecnol Ter Resp (3)
20	Recepcionista (4)	Tec Optomet (5)	Tec Sup Esteriliz (3)	Tecnol Urgência (3)
21	ACE (3)	Tec SBucal (5)	Tec Sup Geronto (3)	Tecnol Seg Trab (3)
22	Agt Def Amb (3)	Tec Seg Trab (5)	Tec Sup Imaginol (3)	Tecnol Cirurg (2)
23	Agt Indig Sanea (3)	Tec TICs (5)	Tec Sup Obstetr (3)	Tecnol TOcupa (2)
24	Agt Indig Saúde (2)	Tec Diag Imag (3)	Tec Sup Bromato (2)	Tecnol Ctrl Amb (1)
25		Tec Cuida Pess (3)	Tec Sup Instrum (2)	Tecnol Med Nuc (1)
26		Tec Podolog (3)	Tec Sup Manut (2)	Tecnol Lab Anat (1)
27		Tec Estética (2)	Tec Sup Podolog (2)	
		Tec Protese Orto (1)	Tec Sup Família (1)	

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

Quadro 19: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde de **El Salvador**, segundo nível de formação, na opinião de 36 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 7	Técnicos Médios Md = 7	Técnicos Superiores Md = 5	Tecnólogos Md = 4
1	Aux Enf (19)	Tec Enf (28)	Tec Sup Laborat (18)	Tecnol Enf (24)
2	Aux Farmácia (18)	Tec Vig Sanit (21)	Tec Sup Enf (17)	Tecnol RX (12)
3	ACS (13)	Tec Farmácia (19)	Tec Sup Radiol (12)	Tecnol Ambiente (9)
4	Agt Saude Pub (12)	Tec Patol Clin (15)	Tec SupLab Clin (9)	Tecnol Anestesia (8)
5	Aux Patol Clin (11)	Tec Vig Saúde (14)	Tec Sup Psicol (9)	Tecnol Saneam (7)
6	Agt Defesa Amb (10)	Paramédico (12)	Tec Sup Hemoter (7)	Tecnol APS (7)
7	Aux SBucal (10)	Tec SBucal (11)	Tec Sup Promoção (7)	Tecnol Emerg (7)
8	Aux Vacinação (9)	Tec ACS (11)	Tec Sup Emerg (6)	Tecnol Reabilit (7)
9	Aux Nutrição (9)	TAPS (10)	Tec Sup Instrum (6)	Tecnol Ctrl Amb (6)
10	Agt Ctrl Vetores (7)	Tec Radiol (10)	Tec Sup Seg Trab (6)	Tecnol PreHosp (4)
11	Recepcionista (7)	Tec Optometria (9)	Tec Sup Cardiopul (5)	Tecnol Citohisto (4)
12	Vig e Guarda (7)	Tec Promoção (9)	Tec Sup CCirurg (5)	Tecnol Imaginol (4)
13	Cuidado Idoso (6)	Tec Nutrição (8)	Tec Sup Psic Social (5)	Tecnol San Amb (4)
14	Maqueiro (6)	Tec Fisiot (7)	Tec Sup Esteriliz (4)	Tecnol SOcupa (4)
15	Cuidado Saúde (6)	Tec Enf Obste (7)	Tec Sup Imaginol (4)	Tecnol Urgências (4)
16	Aux Adm (5)	Tec Meio Amb (7)	Tec Sup Paramed (4)	Tecnol Lab Clin (4)
17	ACE (5)	Tec Prótese Orto (6)	Tec Sup Biotecn (3)	Tecnol Imag Diag (3)
18	Agt Diag Imag (4)	Tec Diag Imag (5)	Tec Sup Manuten (3)	Tecnol Radiol (3)
19	Parteira (4)	Tec Eletrocard (5)	Tec Sup Obstetr (3)	Tecnol TOcupa (3)
20	Porteiro e Vigia (4)	Tec Podolog (5)	Tec Sup Podolog (3)	Tecnol Ter Resp (3)
21	Aux Serv Gerais (4)	Tec Seg Trab (5)	Tec Sup Bromato (2)	Tecnol Paramed (3)
22	Doula (1)	Tec Serv Social (5)	Tec Sup Geronto (2)	Tecnol Seg Trab (3)
23		Tec Urgências (5)	Tec Sup Família (2)	Tecnol Cirurg (2)
24		Tec Serv Adm (4)		Tecnol Tomog (2)
25		Tec Cuida Pess (4)		Tecnol Lab Anat (2)
26		Tec Hemodial (4)		Tecnol Med Nuc (1)
27		Tec Estética (2)		
28		Tec TICs (2)		

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

Quadro 20: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde de Honduras, segundo nível de formação, na opinião de 35 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 7	Técnicos Médios Md = 9	Técnicos Superiores Md = 5	Tecnólogos Md = 4
1	Aux Enf (20)	Tec ACS (23)	Tec Sup Laborat (18)	Tecnol Lab Clin (10)
2	Aux Serv Gerais (18)	Tec Enf (19)	Tec Sup Lab Clin (16)	Tecnol Anestesia (8)
3	Agt Ctrl Vetores (16)	Tec Promoção (18)	Tec Sup Radiol (12)	Tecnol Emerg (8)
4	ACS (14)	Tec Vig Saúde (15)	Tec Sup Enf (11)	Tecnol Enf (8)
5	Aux Vacinação (14)	TAPS (14)	Tec Sup Emerg (8)	Tecnol Ambiente (6)
6	Aux Adm (14)	Tec Farmácia (13)	Tec Sup Instrum (7)	Tecnol APS (6)
7	Agt Saude Pub (13)	Tec Meio Amb (11)	Tec Sup Paramed (7)	Tecnol Saneam (5)
8	Aux Farmácia (13)	Tec Radiol (11)	Tec Sup Promoção (7)	Tecnol Imaginol (5)
9	Aux Patol Clin (13)	Tec Patol Clin (10)	Tec Sup Psicol (7)	Tecnol RX (5)
10	Vig e Guarda (12)	Tec Serv Social (10)	Tec Sup CCirurg (6)	Tecnol Cirurgico (4)
11	Aux Nutrição (8)	Paramédico (9)	Tec Sup Imaginol (6)	Tecnol Ctrl Amb (4)
12	Porteiro e Vigia (8)	Tec Nutrição (9)	Tec Sup Seg Trab (6)	Tecnol Saneam (4)
13	ACE (7)	Tec SBucal (9)	Tec Sup Hemoter (5)	Tecnol Tomog (4)
14	Agt Defesa Amb (7)	Tec Urgências (9)	Tec Sup Obstetr (5)	Tecnol Paramed (4)
15	Maqueiro (7)	Tec Vig Sanitária (8)	Tec Sup Biotecn (4)	Tecnol PreHosp (3)
16	Recepcionista (7)	Tec Cuida Pess (7)	Tec Sup Cardiop (4)	Tecnol Radiol (3)
17	Agt Diag Imag (6)	Tec Fisioter (6)	Tec Sup Esteriliz (4)	Tecnol Urgência (3)
18	Cuidado Idoso (6)	Tec Serv Adm (6)	Tec Sup Infância (4)	Tecnol Citohisto (2)
19	Aux TICs (5)	Tec Optomet (6)	Tec Sup Manuten (4)	Tecnol SOcupa (2)
20	Aux SBucal (5)	Tec Diag Imag (5)	Tec Sup Psi Social (4)	Tecnol Ter Resp (2)
21	Parteira (5)	Tec Eletrocard (5)	Tec Sup Bromato (3)	Tecnol Lab Anat (2)
22	Agt Cuid Saúde (5)	Tec Enf Obstétr (5)	Tec Sup Podolog (3)	Tecnol Reabilit (2)
23	Agt Indig Sanea (4)	Tec Prótese Orto (5)	Tec Sup Geronto (2)	Tecnol Seg Trab (2)
24	Agt Indig Saúde (3)	Tec Seg Trab (5)	Tec Sup Família (2)	Tecnol Med Nuc (1)
25		Tec Hemodial (4)		Tecnol TOcupa (1)
26		Tec TICs (4)		
27		Tec Podolog (3)		
28		Tec Estética (3)		

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

Quadro 21: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde da Venezuela, segundo nível de formação, na opinião de 23 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 8	Técnicos Médios Md = 5	Técnicos Superiores Md = 4	Tecnólogos Md = 4
1	Aux Enferm (13)	Tec Enf (16)	Tec Sup Enf (18)	Tecnol Emerg (8)
2	Maqueiro (12)	Tec Radiol (13)	Tec Sup Radiol (11)	Tecnol Imaginol (7)
3	Aux Farmácia (11)	Paramédico (12)	Tec Sup Lab Clin (10)	Tecnol Enf (6)
4	Aux Patol Clin (10)	Tec SBucal (11)	Tec Sup Laborat (8)	Tecnol Reabilit (6)
5	ACS (9)	Tec ACS (10)	Tec Sup Imaginol (8)	Tecnol Anestesia (5)
6	Agt Saude Pub (9)	Tec Farmácia (9)	Tec Sup Emerg (6)	Tecnol Citohisto (5)
7	Aux Diag Imag (9)	Tec Fisiot (8)	Tec Sup Hemot (6)	Tecnol RX (5)
8	Aux Vacinação (9)	Tec Promoção (8)	Tec Sup Instrum (6)	Tecnol SOcupa (5)
9	Aux Adm (9)	Tec Patol Clin (7)	Tec Sup Biotec (5)	Tecnol Paramed (5)
10	Aux Nutrição (9)	Tec Seg Trab (7)	Tec Sup Cardiopul (5)	Tecnol Amb (4)
11	Vig e Guarda (9)	Tec Serv Social (6)	Tec Sup Seg Trab (5)	Tecnol Pre-Hosp (4)
12	Aux SBucal (8)	Tec TICS (6)	Tec Sup Geronto (4)	Tecnol Imag Diag (4)
13	Cuidador Idoso (8)	Tec Vig Sanit (6)	Tec Sup Promo (4)	Tecnol TOcupa (4)
14	Porteiro e Vigia (8)	Tec Diag Imagem (5)	Tec Sup CCirurg (3)	Tecnol Lab Clin (4)
15	Aux Serv Gerais (8)	TAPS (5)	Tec Sup Obstetr (3)	Tecnol Seg Trab (4)
16	Agt Ctrl Vetores (5)	Tec Meio Amb (5)	Tec Sup Podolog (3)	Tecnol Cirurg (3)
17	Agt TICs (5)	Tec Nutrição (5)	Tec Sup Psi Social (3)	Tecnol Saneam (3)
18	Recepcionista (5)	Tec Optometr (5)	Tec Sup Bromato (2)	Tecnol Med Nuc (3)
19	Agt Defesa Amb (4)	Tec Podolog (5)	Tec Sup Esteriliz (2)	Tecnol Radiol (2)
20	Agt Indig Saude (4)	Tec Prótese Orto (5)	Tec Sup Infância (2)	Tecnol Tomog (2)
21	Cuidado Saúde (4)	Tec Urgência (5)	Tec Sup Manuten (2)	Tecnol Urgências (2)
22	ACE (2)	Tec Cuida Pess (4)	Tec Sup Família (2)	Tecnol Lab Anat (2)
23	Agt Indig Sanea (2)	Tec Enf Obstétr (4)	Tec Sup Paramed (2)	Tecnol APS (1)
24	Doula (1)	Tec Estética (4)	Tec Sup Psicologia (2)	Tecnol Ctrl Amb (1)
25	Parteira (1)	Tec Eletrocard (3)		Tecnol San Amb (1)
26		Tec Hemodial (3)		Tecnol Ter Resp (1)
27		Tec Vig Saúde (3)		
		Tec Serv Adm (2)		

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

Quadro 22: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde da República Dominicana, segundo nível de formação, na opinião de 19 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 7	Técnicos Médios Md =6	Técnicos Superiores Md = 5	Tecnólogos Md = 5
1	Aux Farmácia (14)	Tec Enf (17)	Tec Sup Enf (15)	Tecnol Imaginol (13)
2	Aux Enf (14)	Tec Farmácia (13)	Tec Sup imaginol (11)	Tecnol Emerg (10)
3	Maqueiro (12)	Tec Radiol (11)	Tec Sup Laborat (9)	Tecnol RX (9)
4	Aux Vacinação (11)	Tec ACS (11)	Tec Sup Radiol (9)	Tecnol Reabilit (8)
5	Recepcionista (11)	Paramédico (10)	Tec Sup Instrum (9)	Tecnol Saneam (7)
6	Aux Serv Gerais (11)	Tec Promoção (9)	Tec Sup Emerg (8)	Tecnol APS (7)
7	Vig e Guarda (11)	Tec Nutrição (8)	Tec Sup Seg Trab (8)	Tecnol Enf (7)
8	Agt Saude Pub (10)	Tec Vig Saúde (8)	Tec Sup C Cirurg (7)	Tecnol Tomograf (7)
9	Aux Adm (10)	Tec Diag Imagem (7)	Tec Sup Lab Clin (7)	Tecnol Anestesia (6)
10	Port e Vigia (10)	TAPS (7)	Tec Sup Promo (7)	Tecnol Pre-Hosp (6)
11	Aux SBucal (9)	Tec Cuid Pessoal (7)	Tec Sup Esteril (6)	Tecnol Paramed (6)
12	ACS (7)	Tec Patol Clin (7)	Tec Sup Biotec (5)	Tecnol Cirurgico (5)
13	Agt Ctrl Vet (7)	Tec Seg Trab (7)	Tec Sup Hemot (5)	Tecnol Imag Diag (5)
14	Aux Diag Imag (7)	Tec Eletrocard (6)	Tec Sup Manut (5)	Tecnol Med Nucl (5)
15	Aux Patol Clin (7)	Tec Estética (6)	Tec Sup Obstetr (5)	Tecnol Radiol (5)
16	Aux TICs (6)	Tec Hemodial (6)	Tec Sup Podolog (5)	Tecnol Urgências (5)
17	Cuidado Idoso (6)	Tec Meio Amb (6)	Tec Sup Infância (4)	Tecnol Lab Clin (5)
18	Aux Nutrição (5)	Tec SBucal (6)	Tec Sup Paramed (4)	Tecnol Seg Trab (5)
19	Agt Defesa Amb (4)	Tec TICs (6)	Tec Sup Psicologia (4)	Tecnol Ambiental (4)
20	Agt Indig Sanea (3)	Tec Urgências (6)	Tec Sup Cardiop (3)	Tecnol Ctrl Amb (4)
21	Agt indig Saúde (3)	Tec Fiosioter (5)	Tec Sup Psi Social (3)	Tecnol SOcupa (4)
22	Cuidado Saúde (3)	Tec Serv Adm (5)	Tec Sup Bromato (2)	Tecnol San Amb (3)
23	ACE (3)	Tec Serv Social (5)	Tec Sup Geronto (2)	Tecnol TOcupa (3)
24	Parteira (2)	Tec Vig Sanit (5)	Tec Sup Família (2)	Tecnol Lab Anat (3)
25		Tec Enf Obstétr (4)		Tecnol Ter Resp (2)
26		Tec Optometr (4)		Tecnol Citohisto (1)
27		Tec Prótese Orto (4)		
28		Tec Podolog (3)		

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

Quadro 23: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde do Uruguai, segundo nível de formação, na opinião de 18 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 6	Técnicos Médios Md = 4	Técnicos Superiores Md = 2	Tecnólogos Md = 3
1	Aux Enf (12)	Tec Enf (13)	Tec Sup Enf (6)	Tecnol Enf (6)
2	Aux Adm (9)	Tec Patol Clin (9)	Tec Sup Instrum (4)	Tecnol Imaginol (6)
3	Aux Pat Clin (9)	Tec SBucal (9)	Tec Sup Lab Clin (4)	Tecnol Ter Ocupa (5)
4	Parteira (9)	Tec Nutrição (8)	Tec Sup Psicol (4)	Tecnol Lab Anat (5)
5	Aux Serv Gerais (9)	Tec Fisiot (6)	Tec Sup Hemoter (3)	Tecnol Imag Diag (4)
6	Aux Vacinação (8)	Tec Adm (6)	Tec Sup Imaginol (3)	Tecnol Med Nucl (4)
7	Aux Farmácia (8)	Tec Enf Obstetr (6)	Tec Sup Psic Social (3)	Tecnol RX (4)
8	Aux Nutrição (8)	Tec Farmácia (6)	Tec Sup Laborat (2)	Tecnol Reabilit (4)
9	Aux SBucal (8)	Tec Radiol (6)	Tec Sup Radiol (2)	Tecnol C Cirur (3)
10	Recepcionista (8)	Tec Eletrocard (5)	Tec Sup Obstetr (2)	Tecnol Citohisto (3)
11	Porteiro e Vigia (7)	Tec Optometria (5)	Tec Sup Paramed (2)	Tecnol Radiol (3)
12	Vig e Guarda (7)	Tec Podologia (5)	Tec Sup Emerg (1)	Tecnol S Ocupa (3)
13	ACS (6)	Tec ACS (5)	Tec Sup Infância (1)	Tecnol Ter Resp (3)
14	Aux Diag Imagem (6)	Tec Diag Imagem (4)	Tec Sup Manuten (1)	Tecnol Lab Clin (3)
15	Cuidador Idoso (6)	Tec Hemodial (4)	Tec Sup Família (1)	Tecnol APS (2)
16	Maquero (6)	Tec Prom Saúde (4)	Tec Sup Podolog (1)	Tecnol PreHosp (2)
17	Agt SPública (5)	Tec Prótese Orto (4)	Tec Sup PromSau (1)	Tecnol Tomograf (2)
18	Cuidado Saúde (5)	Tec Serv Social (4)		Tecnol Ambiental (1)
19	ACE (2)	TAPS (3)		Tecnol Emerg (1)
20	Agt Ctrl Vetores (2)	Tec Cuida Pess (3)		Tecnol Urgências (1)
21	Agt TICs (2)	Tec Seg Trab (3)		
22	AGT Defes Amb (1)	Tec Urgências (3)		
23	Doula (1)	Tec Vig Sanit (3)		
24		Tec Estética (2)		
25		Tec Meio amb (2)		
26		Tec TICs (2)		
27		Tec Vig Saúde (1)		

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

Quadro 24: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde da **Costa Rica**, segundo nível de formação, na opinião de 17 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 4	Técnicos Médios Md = 5	Técnicos Superiores Md = 4	Tecnólogos Md = 4
1	Aux Adm (8)	Tec Farmácia (10)	Tec Sup Laborat (8)	Tecnol Imaginol (9)
2	Aux Enf (8)	TAPS (9)	Tec Sup Radiol (8)	Tecnol RX (8)
3	Aux Farmácia (7)	Paramédico (7)	Tec Sup Enf (6)	Tecnol Ambiental (6)
4	Agt Saude Pub (6)	Tec Radiol (7)	Tec Sup Imaginol (6)	Tecnol APS (6)
5	Aux Vacinação (6)	Tec SBucal (7)	Tec Sup Biotec (5)	Tecnol Pre-Hosp (6)
6	Agt Ctrl Vetores (5)	Tec Adm (6)	Tec Sup Cardiopul (5)	Tecnol Emerg (6)
7	Aux SBucal (5)	Tec Enf (6)	Tec Sup Emerg (5)	Tecnol Reabilit (6)
8	Aux Patol Clin (5)	Tec Patol Clin (6)	Tec Sup Hemoter (5)	Tecnol Lab Clin (5)
9	Maqueiro (5)	Tec Prot Ortop (6)	Tec Sup Lab Clin (5)	Tecnol Saneam (4)
10	ACS (4)	Tec Vig Saúde (6)	Tec Sup Esteril (4)	Tecnol Anestesia (4)
11	Agt Defesa Amb (4)	Tec Diag Imagem (5)	Tec Sup Instrum (4)	Tecnol Citohisto (4)
12	Aux Serv Gerais (4)	Tec Hemod (5)	Tec Sup Seg Trab (4)	Tecnol Imag Diag (4)
13	Trab Apoio Cuid (4)	Tec Meio Amb (5)	Tec Sup CCirurg (3)	Tecnol Ter Resp (4)
14	Vig e Guarda (4)	Tec Optomet (5)	Tec Sup Gerontol (3)	Tecnol Lab Anat (4)
15	Aux Diag Imag (3)	Tec Seg Trab (5)	Tec Sup Família (3)	Tecnol Ctrl Amb (3)
16	Aux Nutrição (3)	Tec Vig Sanit (5)	Tec Sup PromSau (3)	Tecnol Enf (3)
17	Cuidado Idoso (3)	Tec Fisioter (4)	Tec Sup Bromato (2)	Tecnol Med Nuc (3)
18	Recepcionista (3)	Tec Cuida Pess (4)	Tec Sup Infância (2)	Tecnol Radiol (3)
19	Aux TICs (2)	Tec Eletrocard (4)	Tec Sup Manuten (2)	Tecnol San Amb (3)
20	Parteira (2)	Tec PromSaúde (4)	Tec Sup Obstetr (2)	Tecnol SOcupa (3)
21	ACE (1)	Tec Urgências (4)	Tec Sup Paramed (2)	Tecnol TOcupa (3)
22	Agt Indig Sanea (1)	Tec ACS (4)	Tec Sup Podolog (2)	Tecnol Urgências (3)
23	Agt Indig Saúde (1)	Tec Enf Obstétr (3)	Tec Sup Psicologia (2)	Tecnol Paramed (3)
24	Porteiro e Vigia (1)	Tec Nutrição (3)	Tec Sup Psi Social (2)	Tecnol Cirurgico (2)
25		Tec Serv Social (3)		Tecnol Tomograf (2)
		Tec podolog (2)		Tecnol Seg Trab (2)
		Tec TICs (2)		

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

Quadro 25: Perfis profissionais de técnicos mais comuns na Atenção Primária à Saúde da **Bolívia**, segundo nível de formação, na opinião de 12 técnicos e profissionais graduados do próprio país que responderam ao inquérito:

	Agentes e Auxiliares Md = 3	Técnicos Médios Md = 2	Técnicos Superiores Md = 1	Tecnólogos Md = 1
1	Aux Enf (10)	Tec Enf (10)	Tec Sup Radiol (4)	Tecnol RX (4)
2	Aux Nutrição (5)	Tec Radiol (8)	Tec Sup Laborat (3)	Tecnol Imaginol (3)
3	Aux Adm (4)	Tec Nutrição (7)	Tec Sup Enf (2)	Tecnol Ambiente (2)
4	Aux Farmácia (4)	Tec Patol Clin (6)	Tec Sup Imaginol (2)	Tecnol Enf (2)
5	Recepcionista (4)	Tec Vig Sanit (5)	Tec Sup Lab Clin (2)	Tecnol Imag Diag (2)
6	Aux Serv Gerais (4)	Tec Farmácia (3)	Tec Sup Biotech (1)	Tecnol Seg Trab (2)
7	ACS (3)	Tec Meio Amb (3)	Tec Sup Emerg (1)	Tecnol Cirurgico (1)
8	Aux Patol Clin (3)	Tec Diag Imag (2)	Tec Sup Esteriliz (1)	Tecnol PreHosp (1)
9	Trab Apoio Cuid (3)	Tec Fisioter (2)	Tec Sup Geronto (1)	Tecnol Citohisto (1)
10	Vig e Guarda (3)	Tec Serv Adm (2)	Tec Sup Instrumen (1)	Tecnol Ctrl Amb (1)
11	Agt Defes Amb (2)	Tec Enf Obstetr (2)	Tec Sup PromSau (1)	Tecnol Emerg (1)
12	Agt SPública (2)	Tec Optometr (2)	Tec Sup Psi Social (1)	Tecnol Med Nuc (1)
13	Aux Diagn Imag (2)	Tec SBucal (2)	Tec Sup Seg Trab (1)	Tecnol San Amb (1)
14	Aux Vacinação (2)	Tec Seg Trab (2)		Tecnol TOcupa (1)
15	Cuidado Idoso (2)	Tec Serv Social (2)		Tecnol Paramed (1)
16	Maqueiro (1)	Tec Urgências (2)		
17	Porteiro e Vigia (1)	Tec Vig Saúde (2)		
18	Aux TICs (1)	Tec Paramed (1)		
19	Parteira (1)	TAPS (1)		
20		Tec Cuida Pess (1)		
21		Tec Estética (1)		
22		Tec Podolog (1)		
23		Tec Prom Saúde (1)		
24		Tec Prótese Orto (1)		
25		Tec TICs (1)		
26		Tec ACS (1)		

Fonte: Pesquisa Mapeio, 2025

Embora a frequência de uma série de perfis tenha ficado abaixo da mediana, sua simples presença nas listas de diversos países diminui a invisibilidade e permite um conjunto de análises sobre seu comportamento na região. A emergência de perfis de técnicos médios e superiores em **gerontologia, auxiliares e técnicos de cuidado do idoso e de saúde**, por exemplo, indica a crescente importância de perfis que visam responder às necessidades de saúde relacionadas às mudanças demográficas, epidemiológicas e culturais das sociedades contemporâneas que acompanham o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população.

A identificação de perfis como o dos técnicos médios e superiores em **biotecnologia**, ainda que não guarde relação direta com a APS, pode indicar uma preocupação da região com o fortalecimento da capacidade regional de produção de fármacos e imunobiológicos relacionada ao contexto pós-pandêmico (tabela 07).

Tabela 07: Frequência e percentual de ocorrência entre os países de **perfis profissionais selecionados** – cuidadores de pessoas idosas, técnicos superiores em gerontologia e técnicos superiores em biotecnologia:

País / Perfil		Assistência aos Idosos				Biotecnologia	
		Cuidadores Idosos	%	Tec Sup Geronto	%	Tec Sup Biotecn	%
1	ECU (1319)	317	24,1%	35	2,6%	20	1,5%
2	COL (269)	71	26,4%	28	10,4%	26	9,7%
3	ARG (186)	80	43,0%	26	14,0%	21	11,3%
4	BRA (167)	43	25,7%	-	-	-	-
5	MEX (156)	39	25,0%	19	12,2%	21	13,5%
6	CHL (64)	20	31,2%	6	9,3%	3	4,7%
7	PER (50)	-	-	1	2%	2	4,0%
8	PRY (46)	3	6,5%	1	2,2%	1	2,2%
9	GTM (41)	4	9,7%	3	7,3%	3	7,3%
10	SLV (36)	6	16,6%	2	5,5%	3	8,3%
11	HND (35)	6	17,1%	2	5,7%	4	11,4%
12	VEN (23)	8	34,8%	4	17,4%	5	21,7%
13	DOM (19)	6	31,6%	2	10,5%	5	26,3%
14	URY (18)	6	33,3%	-	-	-	-
15	CRI (17)	3	17,6%	3	17,6%	5	29,4%
16	BOL (12)	2	16,6%	1	8,3%	1	8,3%

Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

Nos resultados do inquérito é possível também identificar o conjunto de perfis técnico-profissionais ligados à **atenção materno-infantil**, onde se destacam as matronas (técnicas de enfermagem obstétrica), as técnicas superiores em obstetrícia, doulas e parteiras, com diferente distribuição e importância nos países (tabela 08).

As primeiras, alinhadas à área da enfermagem, encontram-se consolidadas como profissionais da APS na maioria dos países, seja no sul do continente, na região andina ou na América Central. Mesmo em menor proporção, as parteiras são reconhecidas como parte integrante da APS em todos os países pesquisados. Embora sua atuação se dê principalmente com base em saberes ancestrais e métodos tradicionais, há uma crescente articulação com os sistemas de saúde oficiais e a formação de associações. Por sua vez, ainda que as Doulas tenham sido identificadas em diversos países, essa presença parece se dar de forma incipiente, com exceção do caso brasileiro, onde a categoria expande e organiza sua luta pela profissionalização.

Quanto aos **agentes indígenas de saúde e de saneamento**, é possível confirmar sua ocorrência em quase todos os países da região, ainda que não tenham sido referidos com grande frequência pelos participantes da pesquisa. Considerando a presença marcante destes perfis em determinados países, pode-se inferir a tendência regional de valorização da interculturalidade na saúde e a existência de políticas específicas voltadas à sua formação e inserção na APS, vinculados às áreas de saúde comunitária e de vigilância em saúde, respectivamente (tabela 08).

Tabela 08: Frequência e percentual de ocorrência entre os países de **perfis profissionais selecionados** - Agente Indígena de Saúde, Agente Indígena de Saneamento, Técnica em Enfermagem Obstétrica, Técnica Superior em Obstetrícia, Parteira e Doula:

País / Perfil		Agentes Indígenas				Assistência ao parto							
		Agente Indígena de Saúde	%	Agente Indígena de Saneamento	%	Técnica em Enfermagem Obstétrica	%	Técnica Superior Obstetrícia	%	Parteira	%	Doula	%
1	ECU (1319)	02	0,2%	00	-	87	6,6%	50	3,8%	33	2,5%	-	-
2	COL (269)	23	8,5%	11	4,1%	37	13,7%	34	12,6%	17	6,3%	01	0,4%
3	ARG (186)	07	3,8%	03	13,4%	44	23,6%	51	27,4%	30	16,1%	02	1,1%
4	BRA (167)	36	21,5%	25	15,0%	03	1,8%	00	-	19	11,4%	30	18,0%
5	MEX (156)	16	10,2%	11	7,1%	35	22,4%	19	12,2%	23	14,7%	06	3,8%
6	CHL (64)	04	6,25%	01	1,6%	16	25%	00	-	08	12,5%	-	-
7	PER (50)	01	2,0%	02	4,0%	11	22%	09	18,1%	03	6,0%	01	2,0%
8	PRY (46)	02	4,3%	01	2,2%	04	8,7%	07	15,2%	03	6,5%	04	8,7%
9	GTM (41)	02	4,9%	03	7,3%	06	14,6%	03	7,3%	06	14,6%	-	-
10	SLV (36)	00	-	00	-	07	19,4%	03	8,3%	04	11,1%	01	2,7%
11	HND (35)	03	8,6%	04	11,4%	05	15,3%	05	14,3%	05	14,3%	-	-
12	VEN (23)	04	17,4%	02	8,7%	04	17,4%	03	13,1%	01	4,3%	01	4,3%
13	DOM (19)	03	15,8%	03	15,8%	04	21,1%	05	26,3%	02	10,5%	-	-
14	URY (18)	00	-	00	-	06	33,3%	02	11,1%	09	50,0%	01	5,5%
15	CRI (17)	01	5,9%	01	5,9%	03	17,6%	06	35,3%	02	11,7%	-	-
16	BOL (12)	00	-	00	-	02	16,6%	00	-	01	8,3%	-	-

Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

3.2.3 A Formação dos técnicos em saúde

3.2.3.1 A formação dos técnicos na revisão da literatura

A análise das características da formação dos diferentes tipos de técnicos na APS, a partir das dimensões de conteúdo e tempo de formação, evidencia, nos textos analisados, significativa heterogeneidade entre países e perfis profissionais. Ressalta-se que as informações disponíveis na literatura são, em muitos casos, pontuais e desigualmente distribuídas entre os estudos.

Nos textos analisados sobre os *Agentes Comunitários de Saúde*, observa-se que a formação é frequentemente estruturada a partir das atribuições da própria profissão, como evidenciado em países como Argentina (Zuñiga, Parra-García e Gómez-Barrera, 2024), Chile (Ayala e Toffoletto, 2024) e Venezuela (Díaz, 2014). Em alguns contextos, essa formação assume caráter mais estruturado e sistemático, incorporando conteúdos adicionais e estratégias pedagógicas específicas. Na Colômbia (Instituto Suramericano de Governo em Saúde, 2014c), por exemplo, além das competências técnicas em saúde, identificou-se menção aos agentes receberem capacitação em informática e tecnologias da informação, com uso de dispositivos para registro de dados, ao mesmo tempo em que, no caso de agentes indígenas, a formação é conduzida por lideranças tradicionais, articulando saberes da medicina ocidental e práticas ancestrais em uma perspectiva intercultural. No Peru (Peru, 2011; Underhill et. al., 2024), destaca-se a identificação de um programa de formação contínua, organizado de forma modular e progressiva, incluindo leitura de manuais, oficinas, atualizações periódicas e supervisões regulares, adaptadas ao perfil epidemiológico do território.

Em relação ao tempo de formação, há significativa variação entre os países. No Chile (Encina e Minolette, 2016), identificou-se menção à formação ocorrer em um programa de curta duração, composto por 16 sessões semanais teórico-práticas. Já na Colômbia (Instituto Suramericano de Governo em Saúde, 2014c), verificou-se menção a uma carga horária mais extensa, com cursos de 160 horas ofertados por instituições universitárias. No Equador (Mangelsdorf, Luna e Smith, 1988), identificou-se menção a uma formação realizada em dois meses, dividida em etapas teórico-práticas conduzidas por profissionais de enfermagem. Por outro lado, na Venezuela (Díaz, 2014), observou-se menção a uma carga horária mais elevada, com 1.750 horas de formação teórico-prática. Esses achados indicam uma heterogeneidade importante na duração e intensidade da formação desses trabalhadores.

No Brasil, a formação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é caracterizada como fragilizada e descontínua, marcada por uma lacuna entre as políticas

previstas e a realidade das unidades. Embora o Ministério da Saúde preveja cursos de formação técnica desde 2004, há registros de que a implementação desses módulos é incompleta, resultando em uma qualificação frequentemente ocasional e operacional, realizada no próprio serviço. Devido a esse preparo insuficiente, os agentes muitas vezes se sentem sem instrumentos para lidar com as complexas demandas sociais e subjetivas do território, como o consumo de drogas, o que contribui para uma atuação mais restrita ao cumprimento de tarefas, em detrimento de um papel político e social mais ampliado. Além disso, a gestão, em alguns contextos, tende a considerar o trabalho do ACS como “simples”, por não exigir formação acadêmica formal, desconsiderando o desgaste envolvido e a necessidade de uma educação emancipatória que incorpore a compreensão da determinação social do processo saúde-doença (Cordeiro, 2015).

De forma semelhante, a formação dos *Agentes Indígenas de Saúde (AIS)* também é marcada por fragilidades, especialmente pela ausência de processos formativos iniciais estruturados e pela irregularidade na oferta de cursos, que muitas vezes não são executados integralmente, evidenciando limitações na qualificação desses trabalhadores (Moura-Pontes, 2014).

No que se refere aos *Auxiliares de Enfermagem*, a literatura aponta que a formação também se organiza majoritariamente a partir das atribuições da profissão, sendo realizada em diferentes tipos de instituições, como universidades públicas e privadas, como observado na Argentina (Instituto Suramericano de Governo em Saúde, 2014a). Em alguns contextos, verificou-se esforços de adaptação curricular às especificidades territoriais. Na Bolívia (Olliden e Millan, 1980), por exemplo, foram identificadas diferenciações na formação voltadas para áreas urbanas e rurais, considerando as distintas demandas de saúde, embora a literatura também aponte lacunas na formação inicial desses profissionais.

No Brasil, a formação dos *técnicos e auxiliares de enfermagem* é marcada por uma forte centralidade no tecnicismo e no modelo biomédico-hospitalar, focando primordialmente na execução de procedimentos técnicos e na cura de doenças (Serradilha, 2018). A carga horária voltada para a Atenção Primária à Saúde e para a promoção da saúde é frequentemente insuficiente, o que faz com que muitos alunos concluam o curso com uma visão predominantemente hospitalar e pouca capacitação para ações preventivas. Além disso, observa-se uma lacuna causada pela dicotomia entre teoria e prática, com instituições muitas vezes comprometidas com uma formação meramente mercadológica em vez de crítica e reflexiva (Serradilha, 2018).

Além das atribuições gerais, alguns países incorporam conteúdos específicos. Em Cuba (Esperón, Thomas e Cabrera, 1998), a formação inclui técnicas clínicas e

ações de saúde pública, enquanto na Guatemala (Hernandez, 2014) há menção a ênfase em temas como higiene materno-infantil, prevenção de doenças transmissíveis, educação em saúde e saneamento ambiental. No que diz respeito ao tempo de formação, também há variações expressivas, que vão de programas mais curtos, com cerca de nove meses, até formações que podem durar de um a três anos, como na Bolívia (Instituto Suramericano de Governo em Saúde, 2014b). Na Colômbia (Villafradez, 1989), a duração identificada é de aproximadamente um ano, enquanto na Guatemala (Hernandez, 2014) há uma organização detalhada entre carga teórica e prática supervisionada, evidenciando uma estrutura formativa mais definida.

A formação dos *Promotores de Saúde*, por sua vez, apresenta forte vinculação com os princípios da participação comunitária e da atuação territorial. Nos textos analisados, observa-se que o conteúdo formativo frequentemente se organiza a partir das atribuições da profissão, como na Argentina (Pagnamento, 2012), Chile (Muller et. al., 2018), Colômbia (Villafradez, 1989), Cuba (Zerquera, 2024) e Venezuela (Sintes e Pina, 2004), podendo também incluir eixos temáticos específicos, como saúde bucal, saúde mental, saneamento, primeiros socorros e imunização, a depender do contexto formador. No Peru (Rodriguez, 1990), verificou-se que a formação incorpora uma ampla gama de conteúdos, incluindo desenvolvimento comunitário, saneamento ambiental, controle de doenças transmissíveis, atenção materno-infantil, manejo de urgências e articulação com práticas de medicina tradicional.

Em relação à duração, também há diversidade nos arranjos formativos. Na Colômbia (Villafradez, 1989), a formação da promotora de saúde dura 03 meses, com foco na atenção à saúde materno-infantil, e o promotor, com atividades relacionadas ao saneamento, deve possuir uma formação prévia de 02 anos; enquanto no Peru (Rodriguez, 1990; Christensen e Karlqvist, 1990) são descritos programas com cargas horárias variando entre 60 e 160 horas, organizados em ciclos intensivos. Na Venezuela (Sintes e Pina, 2004), a formação apresenta duração de aproximadamente 100 horas distribuídas ao longo de algumas semanas. Esses dados sugerem que a formação dos promotores pode variar entre modelos mais extensivos e outros de curta duração, muitas vezes adaptados às necessidades locais.

Já os *Auxiliares de Saúde* aparecem na literatura com referências a formação também baseadas nas atribuições da profissão, como observado na Costa Rica (Harrison, 1981), El Salvador (Rubin et. al., 1983) e Venezuela (Amaya, 1983). Em termos de duração, há variações que incluem formações de cerca de 10 semanas, como em El Salvador (Rubin et. al., 1983), até cursos com duração de um ano, como na Costa Rica (Harrison, 1981), ou de três a quatro meses, como na Venezuela

(Amaya, 1983), indicando, novamente, a diversidade de modelos formativos presentes na região.

Em relação aos *Assistentes Técnicos em Atenção Primária à Saúde*, um estudo na Costa Rica (Morales e Bonilla, 2001) expôs que os profissionais consideram que há uma disparidade entre o conteúdo da formação e as atribuições do cotidiano de trabalho. Já no México (Cuevas et. al., 1994), o conteúdo da formação, que dura 06 meses, concentra-se em atividades assistenciais e clínicas, ao mesmo tempo que os técnicos em formação realizam consultas supervisionadas, com aumento gradativo na autonomia sobre o procedimento.

Em relação à formação do *Técnico em Enfermagem de Nível Superior (TENS)*, um estudo do Chile (Valdebenito-Acosta et. al., 2021) descreve que esta se constitui como a carreira técnica com mais estudantes no Chile e a segunda maior de todo o sistema de educação superior. Já o Auxiliar de Medicina Simplificada, técnico encontrado na literatura da Venezuela (Yates, 1976), tem sua formação descrita como altamente prática e relacionada às atribuições da profissão, com duração de 04 meses.

De modo geral, os achados apontam que a formação dos técnicos na APS na América Latina, conforme descrita nos textos analisados, é marcada por heterogeneidade quanto à duração, conteúdos e organização, frequentemente estruturada a partir das atribuições profissionais, mas também influenciada por especificidades territoriais, culturais e institucionais. Em alguns contextos, observa-se a incorporação de elementos interculturais, adaptações curriculares e estratégias de educação continuada, o que sugere a existência de diferentes concepções e arranjos formativos voltados à atuação desses trabalhadores nos sistemas de saúde.

Já as iniciativas de capacitação dos técnicos na APS na América Latina se caracterizam por ações de curta duração, centradas em temas específicos e frequentemente orientadas por prioridades epidemiológicas e programáticas. Ao mesmo tempo, a recorrente menção a necessidades de capacitação em diferentes países sugere a existência de lacunas formativas e a importância da educação permanente como estratégia para o fortalecimento do trabalho desses profissionais nos sistemas de saúde.

3.2.3.2 A formação inicial

Dos **1835 técnicos** que responderam ao inquérito, 1358 (75%) responderam que a formação inicial se deu por meio de cursos técnicos específicos para sua área de atuação, antes do ingresso no trabalho (gráfico 02). Essa proporção diminui muito pouco quando se retira o peso da participação do Equador na pesquisa: 510 (67,8%) dos 752 respondentes (gráfico 03).

Gráfico 02: Tipo de formação inicial recebida pelos técnicos em saúde, segundo técnicos de países latino-americanos, 2025

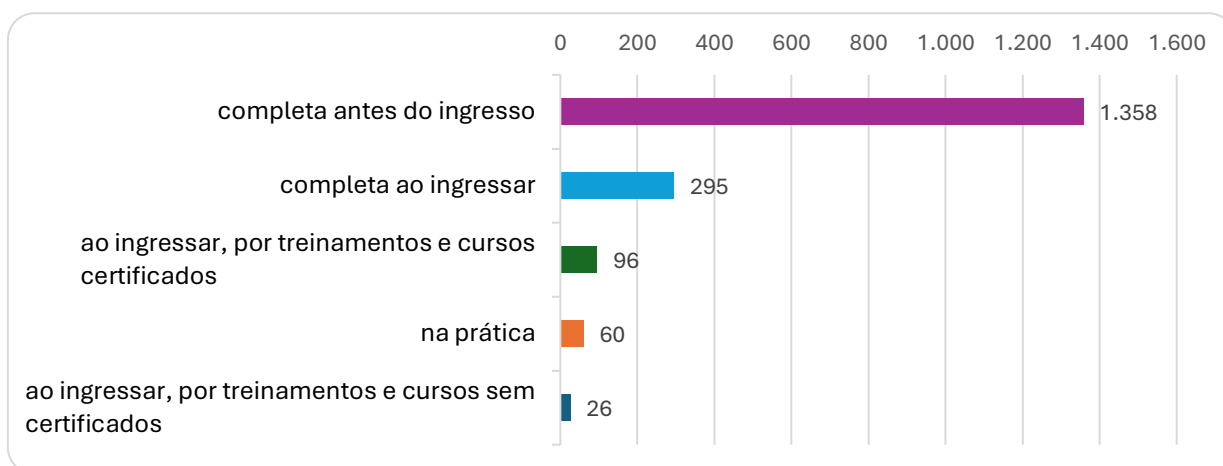
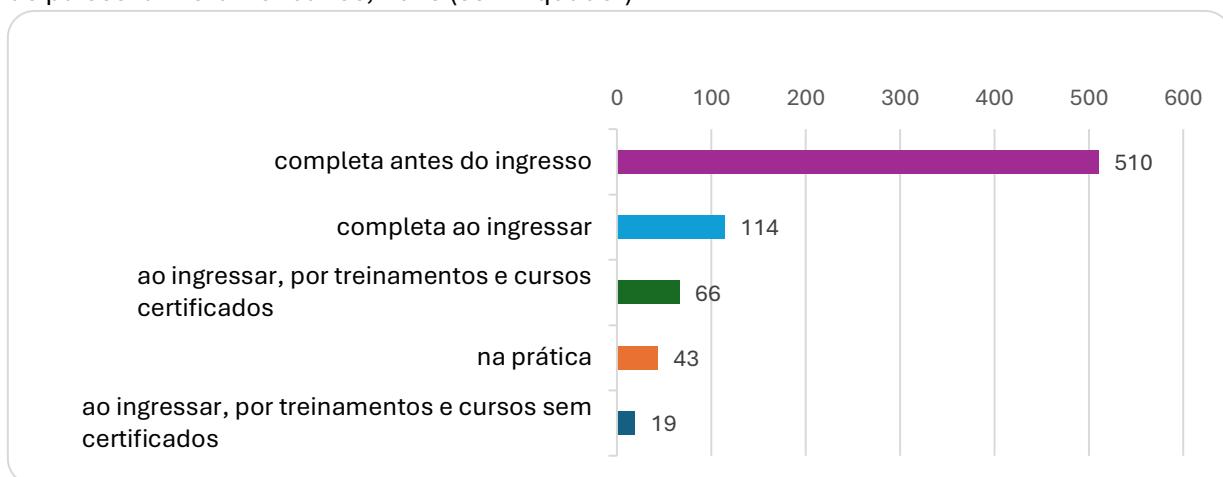


Gráfico 03: Tipo de formação inicial recebida pelos técnicos em saúde, segundo técnicos de países latino-americanos, 2025 (sem Equador):



Quando se analisa o tipo de formação predominante das/os Técnicas/os em saúde, **segundo a** opinião **dos especialistas** em Atenção Primária à Saúde, esse quadro ganha novos contornos (tabela 09). Percebe-se que:

- ▶ Perfis técnicos mais consolidados, como Auxiliares e Técnicas/os de Enfermagem, Técnicas/os de Análises Clínicas e Técnicas/os de diagnóstico por imagem (radiologia, tomografia etc.) apresentam um percurso formativo mais estruturado, baseado predominantemente em cursos formais específicos para a área de atuação antes do ingresso no trabalho;
- ▶ Contrastando com esse quadro, trabalhadoras/es em vias de consolidação de marcos regulatórios da formação e do trabalho, como as/os cuidadoras/es (pessoas idosas, descapacitadas/os etc.), trabalhadoras/es comunitárias/os e agentes de vigilância em saúde apresentam um grau bastante elevado de formação em pequenos cursos, treinamentos e mesmo o aprendizado na prática;

Tabela 09: Tipo de formação predominante das/os técnicas/os em saúde, segundo especialistas em APS de países latino-americanos, 2025:

Tipo de Formação	Trabalhadores Comunitários	Cuidadores	Auxiliares e Técnicos Enfermagem	Tecn. de Diagnóstico por Imagem	Técnicos Análises Clínicas	Agentes e Técnicos Vigilância	Aux e Técnicos Saúde Bucal
Curso formal antes do ingresso no trabalho	266	202	421	409	413	295	354
Ao ingressar no serviço, em treinam/ e pequenos cursos	162	121	81	56	54	113	78
Aprendizado prática, no cotidiano do trabalho / vida	94	96	41	31	31	42	35
Não há esse perfil de técnicos no país	39	79	19	24	25	44	37
Não sei	70	133	69	111	108	137	127
TOTAL	631	631	631	631	631	631	631

Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

3.2.3.3 *Escolarização mínima exigida para o exercício das atividades dos técnicos em saúde no país*

Na opinião dos **especialistas** em APS que responderam ao inquérito, categorias profissionais mais consolidadas¹ possuem exigência de níveis mais altos de escolarização para o exercício das atividades. Assim, técnicos de enfermagem, de diagnóstico por imagem, análises clínicas e saúde bucal necessitam de formação profissionalizante² (pregrado: educación técnico profesional media y superior) para ingresso no trabalho (Tabela 10), ao passo que carreiras mais recentes e em processo de regulamentação da formação e do trabalho (agentes comunitários de saúde, trabalhadores do cuidado), a exigência tem sido a de nível médio (Educación Secundaria / Educación Media / Bachillerato).

Uma nota particular pode feita em relação aos técnicos de vigilância em saúde que, junto aos cuidadores, foram a categoria profissional que representou maior dificuldade de resposta aos participantes da pesquisa. Configurados mais como área de atuação do que de ocupação profissional, os técnicos de vigilância em saúde possuem uma grande diversidade de denominações, atribuições (confirmar) e de profissionalização. Por não estarem ligados à uma família profissional de nível superior específica (a exemplo do que ocorre na enfermagem, saúde bucal, radiologia e análises clínicas), a vigilância têm sido área de atuação de profissionais de formações diversas, como atesta a própria distribuição mais equilibrada das respostas ao inquérito.

¹ Seguimos aqui a categorização utilizada na Nota Metodológica sobre a força de trabalho técnica em saúde do Observatório dos Técnicos em Saúde – OTS/EPSJV (Koster et al, 2024), que considera o subgrupo dos Técnicos em Saúde aqueles que “são formadas(os) nos cursos técnicos na área da saúde, cuja profissionalização está regulamentada tanto no campo do trabalho, quanto no da educação, com escolaridade básica de nível médio e formação profissional técnica”.

² Buscando maior inclusão das diferenças quanto à níveis de escolarização entre os países investigados, o questionário em língua espanhola apresentou os níveis de escolarização de acordo com a seguinte equivalência: Não há exigência = Alfabetización; Nível Fundamental = Educación primaria; Nível Médio = Educación Secundaria / Educación Media / Bachillerato; Nível Médio Profissional = Pregrado: Educación Técnico Profesional Media y Superior; Nível superior = Educación Superior / Licenciatura / Grado Universitario / Bachillerato Universitario; Não sei = No lo sé

Tabela 10: Grau de escolarização mínima exigida para o exercício das atividades dos técnicos no país, por área de atuação selecionada, segundo especialistas da APS:

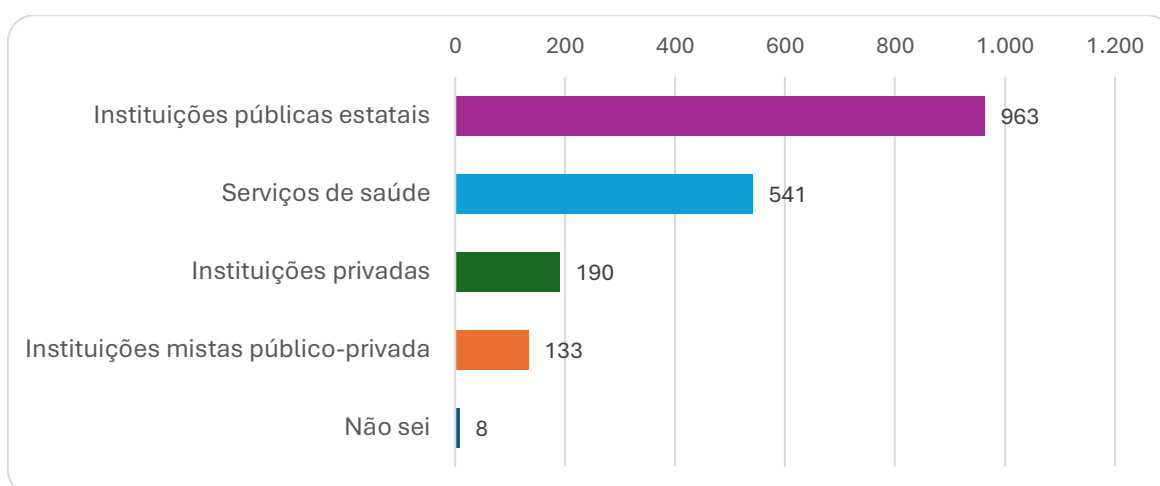
Área \ Nível	Superior	Médio Prof	Médio	Fundam/	Alfabet	Não há	ÑSabe	Total
Agente Comum Saúde	70	177	189	49	15	2	129	631
Trab do Cuidado	43	131	154	52	14	18	219	631
Aux e Tec Enfermagem	82	313	137	10	2	-	87	631
Tec Diag por Imagens	126	284	74	5	3	1	138	641
Tec Análises Clínicas	136	275	80	7	1	1	131	631
Agt e Tec Vig Saude	115	198	99	24	2	-	193	631
Aux e Tec Saúde Bucal	88	260	98	7	1	1	176	631

Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

3.2.3.4 Natureza das instituições em que formam os técnicos em saúde

A maior parte dos **técnicos em saúde** que responderam ao inquérito afirmou que sua categoria profissional se forma majoritariamente em instituições públicas estatais (52,5%), seguida daqueles que apontaram como loco principal de formação os serviços de saúde (29,5%) e as instituições privadas (10%) (gráfico 04).

Gráfico 04: natureza das instituições em que, majoritariamente, se formam os técnicos em saúde de países latino-americanos, segundo os técnicos de saúde:



Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

Quando os países são analisados separadamente, é possível perceber uma série de diferenças quanto às principais instituições formadoras (tabela 11): ainda que em alguns países essa formação se dê majoritariamente em instituições públicas estatais (Argentina, 60%; Equador, 61%; Brasil, Peru e El Salvador, 50%), é indiscutível a grande participação das instituições privadas e mistas (público-privadas) entre os países analisados. Em países como Chile (43%), Paraguai (43%) e Colômbia (27%) as instituições privadas têm participação igual ou superior às públicas. Quando somadas às mistas, chegam a 66% no Chile, 60% no Paraguai e 44% na Colômbia, indicando uma fraca participação do setor público na formação de técnicos em saúde. Mesmo em países com um histórico de organização social em torno da defesa e aprimoramento do sistema público, como o Brasil, o quadro apresentado indica uma participação de quase 40% do setor privado e misto (público-privado) na formação de técnicos em saúde.

Tabela 11: Natureza das instituições em que, majoritariamente, se formam os técnicos em saúde em países da América Latina, segundo os técnicos em saúde:

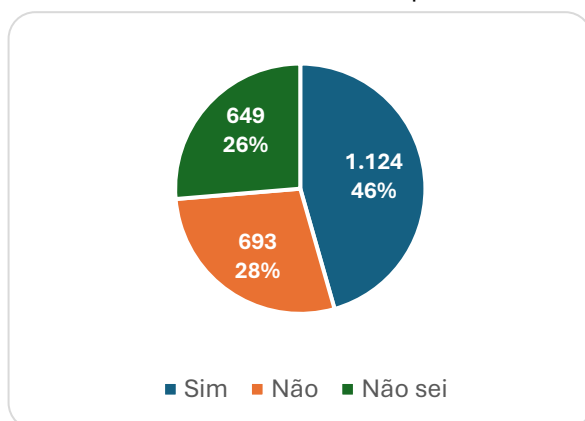
País \ instituição	Instituições Públicas Estatais		Serviços de Saúde		Instituições Privadas		Instituições mistas público-privadas		Não sabe	Total
	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem		
Equador	660	61%	389	36%	23	2%	11	1%	0	1083
Colômbia	64	27%	68	29%	63	27%	39	17%	0	234
Argentina	50	60%	8	10%	8	10%	18	21%	0	84
Brasil	35	50%	0	0%	13	19%	14	20%	8	70
México	57	47%	37	30%	14	11%	14	11%	0	122
Chile	13	23%	6	11%	24	43%	13	23%	0	56
Peru	18	50%	5	14%	7	19%	6	17%	0	36
Paraguai	5	22%	4	17%	10	43%	4	17%	0	23
Guatemala	12	43%	8	29%	5	18%	3	11%	0	28
El Salvador	9	50%	4	22%	3	17%	2	11%	0	18
Honduras	13	48%	7	26%	4	15%	3	11%	0	27
Venezuela	6	46%	2	15%	4	31%	1	8%	0	13
Rep. Dominicana	6	46%	1	8%	2	15%	4	31%	0	13
Uruguai	4	80%	0	0%	1	20%	0	0%	0	5
Costa Rica	5	38%	1	8%	6	46%	1	8%	0	13
Bolívia	3	43%	1	14%	3	43%	0	0%	0	7

Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

3.2.3.5 Existência de programas ou atividades de Educação Permanente direcionadas aos técnicos em saúde nos países:

A maioria dos respondentes (46%) afirmou existir programas ou atividades de Educação Permanente direcionadas aos técnicos em saúde nos países (gráfico 05).

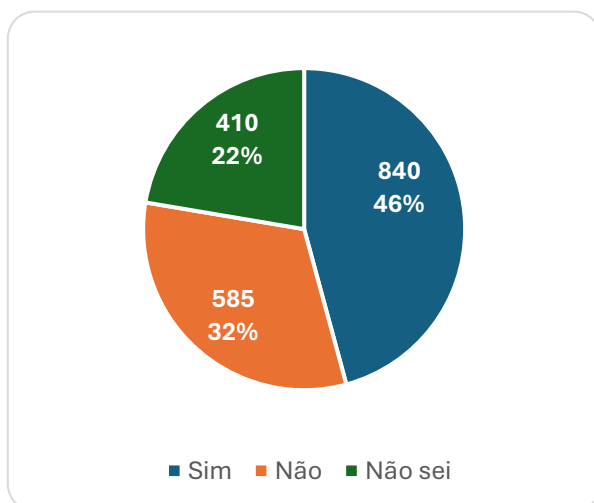
Gráfico 05: Percepção de **técnicos em saúde e especialistas da APS** sobre a existência de programas e atividades de educação permanente voltadas aos técnicos em saúde no país:



Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

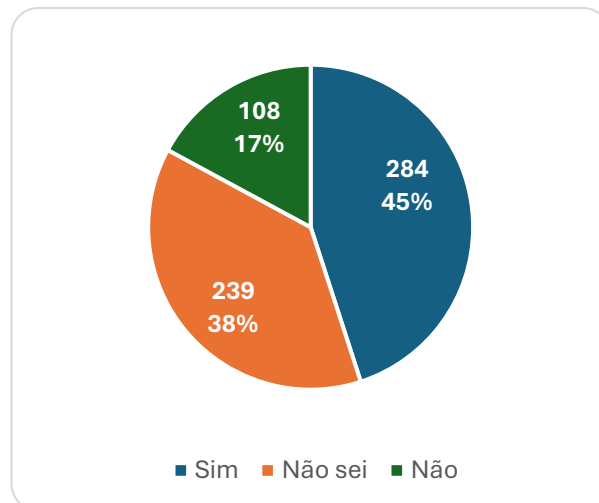
Quando analisadas separadamente as respostas de técnicos e especialistas, essa proporção se mantém praticamente inalterada. As respostas que, ao contrário, indicam a inexistência dessa oferta, são bem mais acentuadas entre os técnicos (32%) que entre os especialistas (17%) (gráficos 06 e 07):

Gráfico 06: Percepção de **técnicos em saúde e especialistas da APS** sobre a existência de programas e atividades de educação permanente voltadas aos técnicos em saúde no país



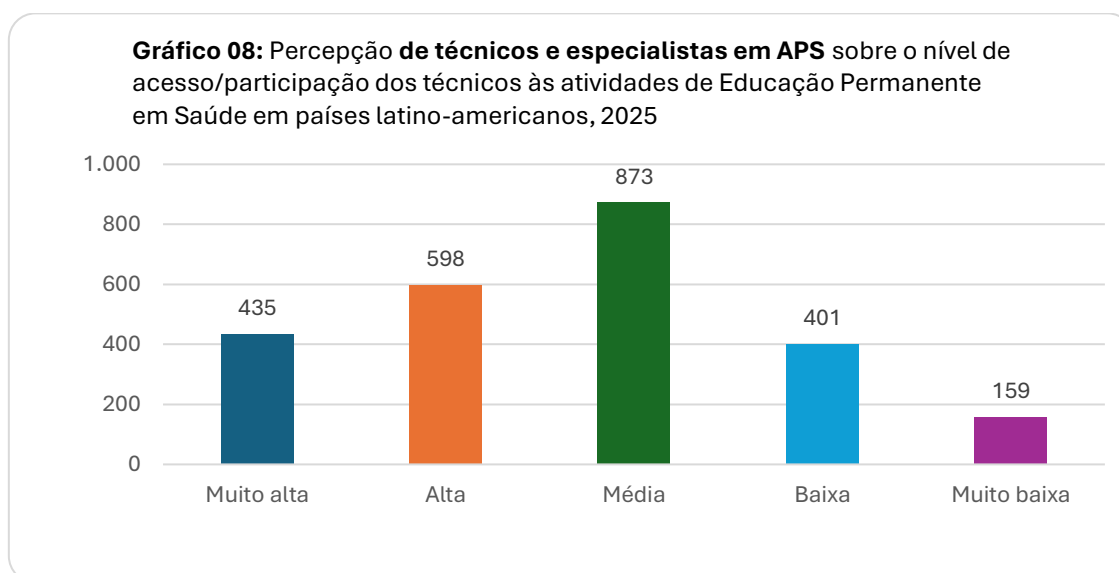
Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

Gráfico 07: Percepção de **especialistas da APS** sobre a existência de programas e atividades de educação permanente voltadas aos técnicos em saúde no país

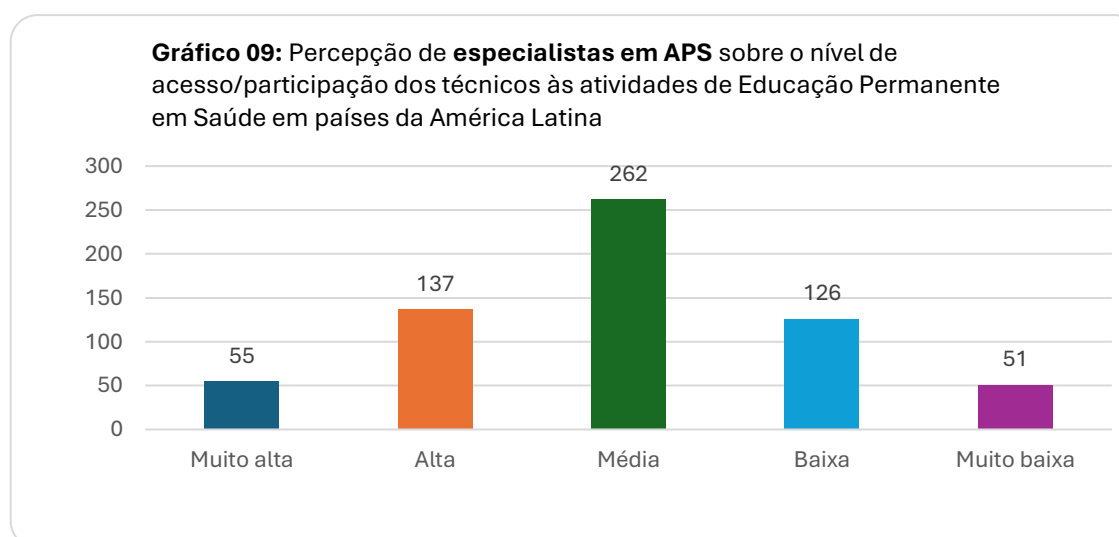


3.2.3.6 *Nível de acesso/participação das/os técnicas/os em saúde da APS aos programas ou atividades de Educação Permanente ofertadas:*

O nível de acesso/participação das/os técnicas/os em saúde da APS aos programas ou atividades de Educação Permanente ofertadas foi considerado médio (35,4%), alto (24,2%) ou muito alto (17,6%) para a maior parte dos respondentes (gráfico 08):

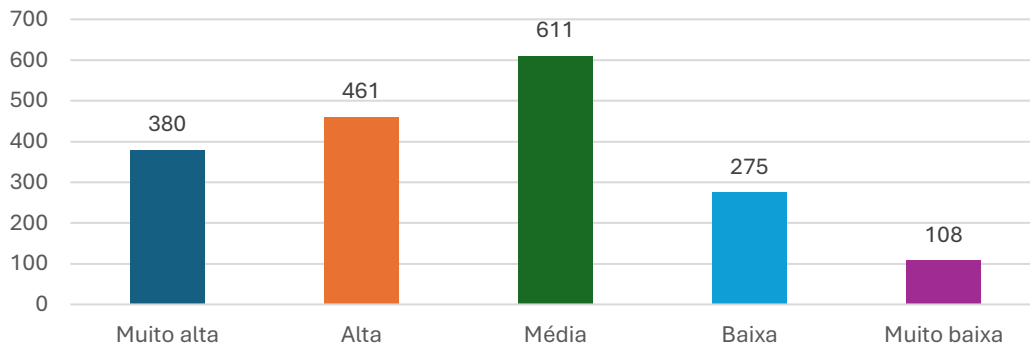


No entanto, entre os especialistas (n=631), a participação dos técnicos é considerada alta ou muito alta para 30,4% dos respondentes [137 (21,7%) + 55 (8,7%)] e baixa ou muito baixa para 28% [126 (20%) + 51 (8,1%)] (gráfico 09). Por sua vez, entre os técnicos (n=1835), a participação foi considerada alta ou muito alta para 45,8% [461 (25,1%) + 380 (20,7%)] dos respondentes, e baixa para 20,8% [275 (15%) + 108 (5,8%)] (gráfico 10):



Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

Gráfico 10: Percepção de **técnicos em saúde** sobre o nível de acesso/participação dos técnicos às atividades de Educação Permanente em Saúde em países da América Latina



Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

Ou seja, os técnicos tendem a considerar melhor o seu acesso e participação aos programas ou atividades de Educação Permanente ofertadas que os especialistas.

3.2.3.7 Oferta de formação ou capacitação para a própria categoria profissional

Dos 1835 técnicos que responderam ao inquérito, 996 (54,3%) afirmaram não ter havido oferta de capacitação para sua categoria profissional nos últimos 2 anos, e 839 (45,7%) afirmaram que sim. Esse dado pode ser considerado preocupante, uma vez que os técnicos em saúde constituem a base dos sistemas de saúde. Apesar de considerarem positivamente seu acesso e participação nos programas e atividades de Educação Permanente, a oferta não parece estar acompanhando suas demandas formativas.

3.2.3.8 Iniciativa mais buscada pelos técnicos em saúde quando sentem necessidade de atualização:

Quando sentem necessidade de atualização, cerca de 60% dos técnicos respondentes a essa questão indicaram buscar a oferta de cursos, enquanto 23% recorrem a eventos (congressos, simpósios, jornadas). Também são mencionadas a busca de informações na internet (8,2%) e estudos em livros e documentos técnicos de sua área específica (7,2%).

3.2.3.9 Acesso à tecnologia com conectividade para a formação em ambientes virtuais de aprendizagem

Cerca de 50,4% de especialistas e técnicos em saúde da APS indicam ter disponibilidade de tecnologias com conectividade para formação em ambientes virtuais de aprendizagem tanto em casa como no trabalho. Enquanto 83,5% dos especialistas não informaram, entre os técnicos essa disponibilidade é de 63% (gráficos 11, 12 e 13).

Gráfico 11: Disponibilidade de acesso à tecnologias com conectividade para formação em ambientes virtuais de aprendizagem entre **especialistas em APS e técnicos em saúde**

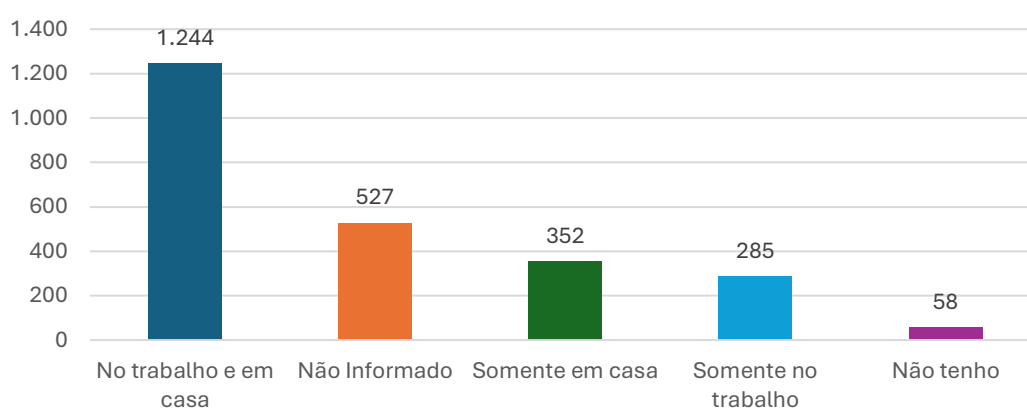
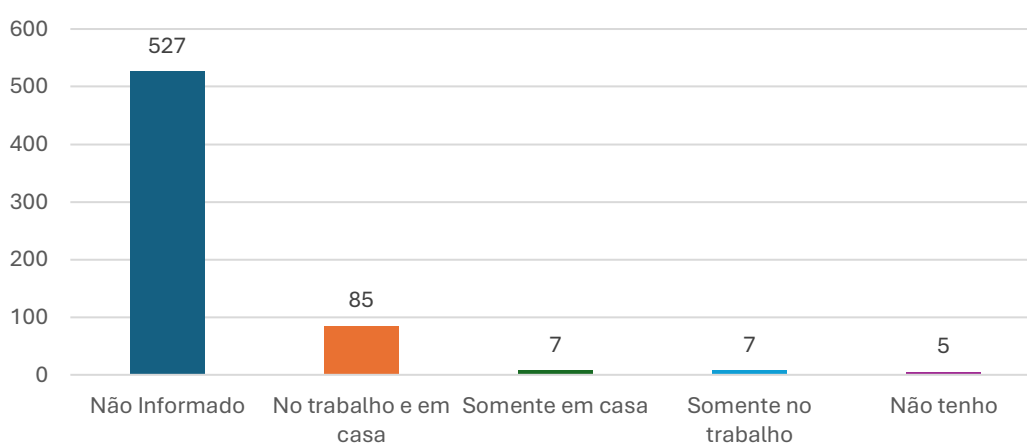
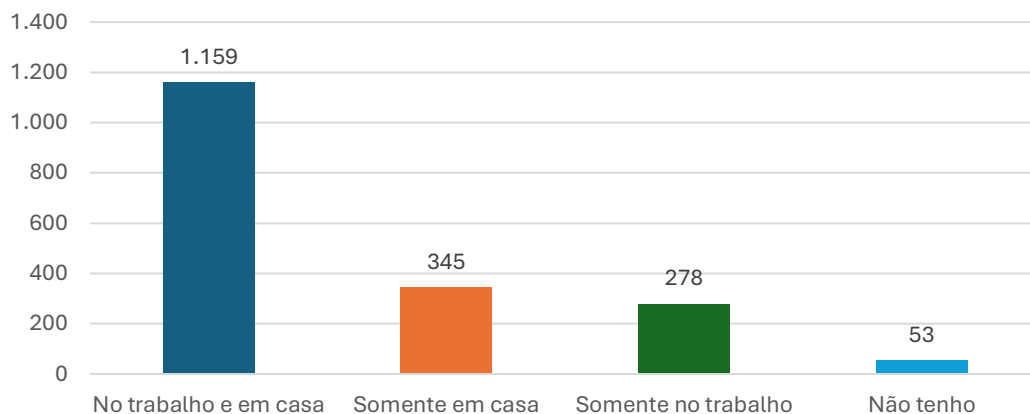


Gráfico 12: Disponibilidade de acesso à tecnologias com conectividade para formação em ambientes virtuais de aprendizagem entre **especialistas em APS**



Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

Gráfico 13: Disponibilidade de acesso à tecnologias com conectividade para formação em ambientes virtuais de aprendizagem entre **técnicos em saúde** que atuam na APS

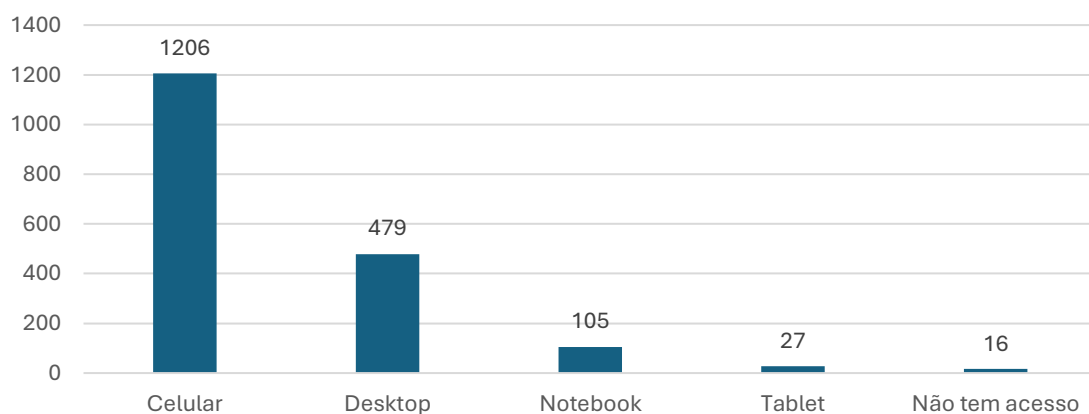


Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

3.2.3.10 Dispositivo mais utilizado para acessar ambientes virtuais de aprendizagem:

O aparelho celular foi considerado dispositivo mais utilizado pela maioria dos técnicos para acessar os ambientes virtuais de aprendizagem (66%), seguido do computador de mesa (26%) e do notebook (6%) (gráfico 14).

Gráfico 14: Dispositivo mais utilizado pelos **técnicos em saúde** para acessar ambientes virtuais de aprendizagem:



Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

3.2.3.11 Acesso ao CVSP

Cerca de 79% dos especialistas e técnicos em saúde que responderam ao questionário afirmaram já ter acessado o CVSP/Opas (Gráfico 15). Entre os técnicos (gráfico 17), essa proporção é maior (84%) do que entre os especialistas (65%) (gráfico 16). Quando excluimos o Equador dos países selecionados (procurando evitar o viés de maior participação), o acesso ao CVSP passa a ser de 60% dos respondentes, e a proporção entre técnicos e especialistas se mantém semelhante: 64% de técnicos para 51% de especialistas.

Gráfico 15: Acesso de **especialistas e técnicos** em saúde da APS ao Campus Virtual de Saúde Pública da Opas

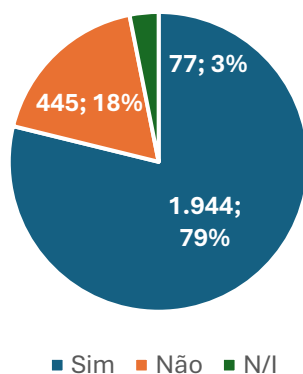


Gráfico 16: Acesso de **especialistas em APS** ao Campus Virtual de Saúde Pública da Opas

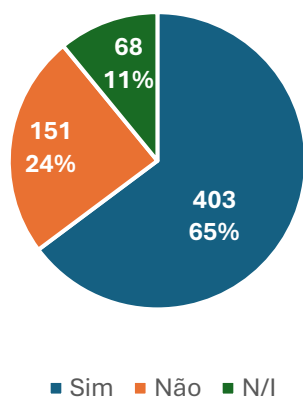
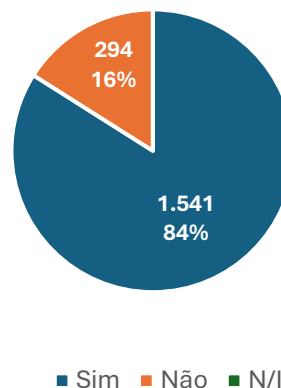
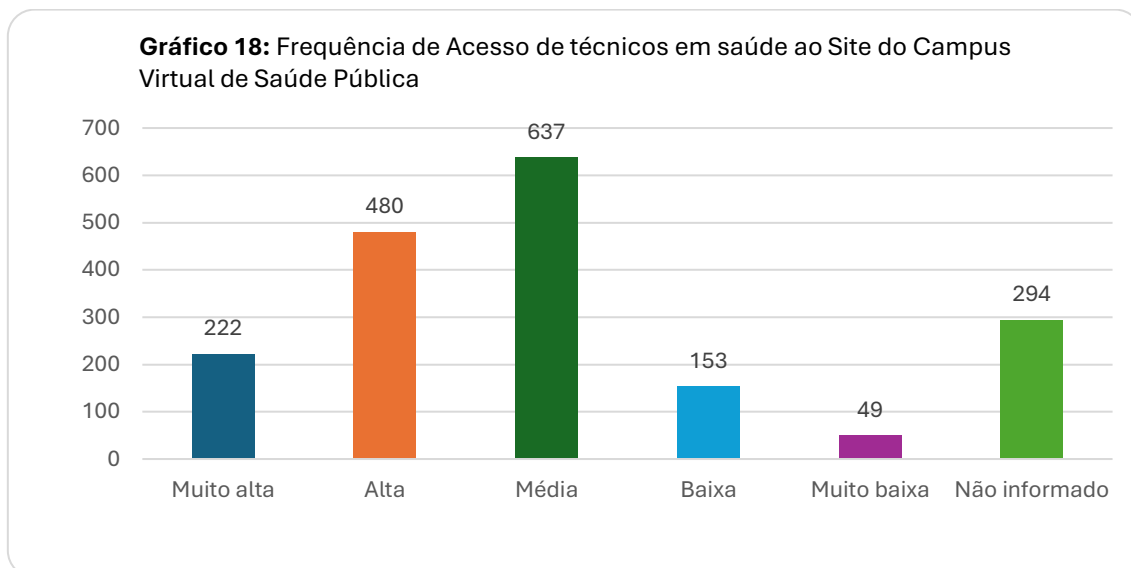


Gráfico 17: Acesso de **técnicos em saúde** ao Campus Virtual de Saúde Pública da Opas



Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

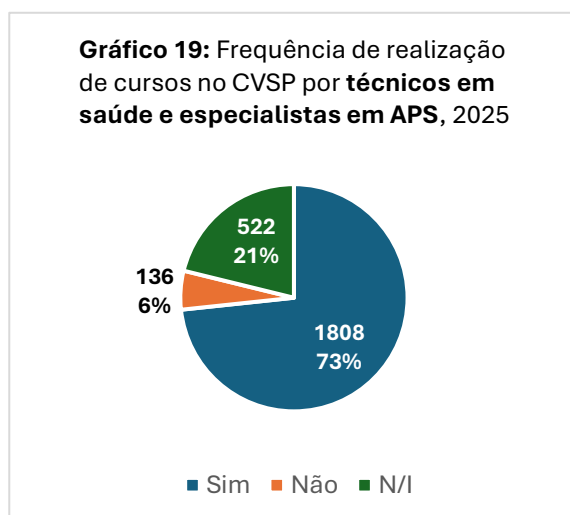
A frequência do acesso dos técnicos em saúde ao CVSP foi considerada média pelos participantes (gráfico 18).



Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

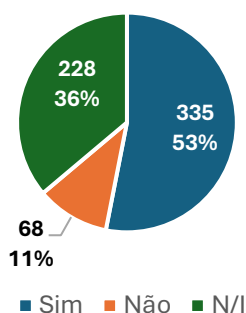
3.2.3.12 Matrícula em curso no CVSP

Cerca de 73% dos técnicos e especialistas afirmaram já ter se matriculado alguma vez no CVSP. De acordo com os dados do inquérito, essa proporção é maior entre os técnicos (80%) que entre os especialistas (53%) (gráfico 19). Esse dado pode ser parcialmente compreendido pela grande participação de técnicos do Equador, país que possui um alto desempenho na utilização do campus virtual de saúde pública, conforme atesta a pesquisa anterior.



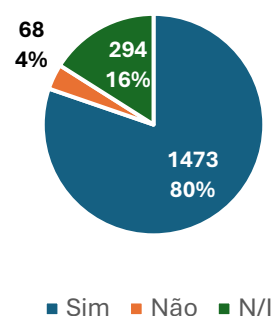
Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

Gráfico 20: Frequência de realização de cursos no CVSP, por **especialistas em APS**, 2025



Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

Gráfico 21: Frequência de realização de cursos no CVSP por **técnicos em saúde**, 2025



3.2.4 Vínculos e Condições de Trabalho

3.2.4.1 Revisão de Literatura

A análise das características do trabalho dos diferentes tipos de técnicos na APS, a partir das dimensões de recursos, vínculos, condições de trabalho e organização trabalhista, evidencia um cenário heterogêneo nos textos analisados, tanto entre países quanto entre perfis profissionais. Ressalta-se que nem todas as dimensões foram abordadas em todos os estudos, refletindo a diversidade de enfoques presentes na literatura examinada.

Nos textos analisados sobre os *Agentes Comunitários de Saúde*, são recorrentes referências à fragilidade dos vínculos e à limitada institucionalização do trabalho. Em países como Peru (Peru, 2014; Peru, 2018; Peru, 2023), Venezuela (Instituto Suramericano de Governo em Saúde, 2014f) e Paraguai (Instituto Suramericano de Governo em Saúde, 2014e), os estudos descrevem formas de atuação voluntária, enquanto em Belize (Belize e PAHO, 2013) e Colômbia (Instituto Suramericano de Governo em Saúde, 2014c) são mencionadas experiências com remuneração, ainda que frequentemente consideradas baixas. Também são apontadas, na literatura, limitações relacionadas às condições de trabalho, como ausência de supervisão e de apoio logístico no Equador (Mangelsdorf, Luna e Smith, 1988) e escassas oportunidades de progressão profissional no Belize, o que gera insatisfação laboral (Belize e PAHO, 2013).

Por outro lado, há registros pontuais de organização trabalhista, como no Chile (Encina e Minolette, 2016), que descreve uma organização jurídica de monitores

voluntários em saúde mental. Um estudo da Guatemala (Ruano et. al., 2012) aponta alto nível de satisfação laboral em ACS, associada à percepção do impacto positivo de suas ações na comunidade. O estudo cita o papel central do profissional na liderança e mobilização comunitária. Em relação a recursos, um estudo do Belize (Belize e PAHO, 2013) cita a existência de uma previsão orçamentária anual para o ACS, enquanto um texto do Equador (Mangelsdorf, Luna e Smith, 1988) ressalta que a ausência de uma política pública que regulamenta a profissão traz dificuldades ao orçamento.

No Brasil, o *Agente Comunitário de Saúde (ACS)* tem condições de trabalho marcadas por uma carga horária de 40 horas semanais, mas com frequente extrapolação do tempo devido à moradia no próprio território de atuação (Morosini, 2018). O vínculo empregatício é majoritariamente estável, sendo 55,53% estatutários e 26,33% celetistas, embora a terceirização por Organizações Sociais (OS) seja forte em grandes capitais. A estrutura de trabalho é a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas seu eixo de atuação tem se deslocado gradualmente do território para o interior das unidades para suprir outras demandas técnicas (Morosini, 2018). Ademais, também são evidenciados desafios importantes, como sobrecarga de trabalho, ampliação de responsabilidades, fragilidade dos vínculos laborais, baixa remuneração e tensões no relacionamento com a comunidade. Além disso, alguns estudos indicam frustração desses trabalhadores diante da baixa adesão dos usuários às ações de promoção da saúde, frequentemente percebidas como uma responsabilidade individual no território (Faria, 2020).

Os *Auxiliares de Enfermagem* possuem maior inserção formal ao serviço de saúde na literatura analisada. Em países como Guatemala (Ruano et. al., 2012) e Argentina (Carrillo, 2007) esta categoria sofre com baixa remuneração e falta de reconhecimento. Estudos em Belize (Belize e PAHO, 2013) e no Uruguai (Uruguai, 2013) alertam sobre o déficit de profissionais de ensino superior na área, gerando um cenário de sobrecarga de trabalho para as auxiliares de enfermagem. Em relação a recursos, achados na Argentina (Carrillo, 2007) indicam estrutura física ineficiente, assim como um estudo na Guatemala (Ruano et. al., 2012), que descreve falta de medicamentos nos postos de saúde, e na Colômbia (Villafradez, 1989), onde as auxiliares não possuem supervisão suficiente e enfrentam dificuldades em atividades administrativas.

A literatura mostra que as condições de trabalho dos *Auxiliares e Técnicos de Enfermagem* na APS no Brasil, são frequentemente desafiadoras devido à escassez de materiais e infraestrutura inadequada para processos como a esterilização de instrumentais, o que fragiliza a segurança do paciente (Araújo, 2016). Além disso, são a categoria de enfermagem mais vulnerável ao assédio sexual no ambiente laboral, conforme Busnello, 2021. O vínculo é estabelecido como parte da equipe

mínima da ESF. A conformação do trabalho é voltada para o apoio assistencial direto nas UBS, participando de todas as etapas do processamento de artigos críticos, desde a limpeza até a estocagem, embora muitas vezes em locais que não atendem às normas de controle de temperatura e umidade (Araújo, 2016).

Um estudo no México (Palomares e Quiñones, 1960) relata a existência de um sistema de meios de transporte utilizados pela auxiliar para acessar locais de difícil acesso, como aviões pequenos, ônibus, jipe, carroça ou cavalo. O texto ainda informa que as autoridades desses locais concedem moradia e proteção pessoal ao profissional. Em relação a achados sobre vínculos, um documento da Guatemala (Ruano et. al., 2012) descreve um cenário de precarização, com vínculos flexíveis e temporários de trabalho.

Os *Promotores de Saúde* são considerados trabalhadores remunerados em achados na literatura do Uruguai (Uruguai, 1993), da Venezuela (Sintas e Pina, 2015) e da Argentina (Pagnamento, 2012). Em um estudo do Peru (Peru, 1995), há menção ao trabalho voluntário. Em relação às condições de trabalho, há um cenário de precarização marcado pela baixa remuneração, citada em trabalhos da Argentina (Pagnamento, 2012), que aponta o pluriemprego e a subordinação dos promotores de saúde em relação à equipe médica; e da Venezuela (Sintas e Pina, 2015), que também cita a pouca integração dos promotores às equipes de saúde. Um achado na Argentina (Pagnamento, 2012) cita a predominância de mulheres como promotoras de saúde, o que traz questões relacionadas à dupla jornada de trabalho doméstico e extradoméstico.

No que se refere às *Parteiras*, os textos analisados indicam, de modo geral, baixa integração aos sistemas formais de saúde, como observado em países como Colômbia (Villafradez, 1989) e Honduras (Brandt et. al., 2019). No Chile (Zavala, Álvarez e Guaita, 2020), são descritas condições de trabalho precárias, com visitas e acompanhamentos fora do horário de trabalho, trazendo cansaço e limitação do desempenho. Já na Nicarágua (Ricarde e Vedys, 1993), a literatura indica alto grau de desmotivação no trabalho e baixa organização das atividades.

Doulas e Parteiras Tradicionais no Brasil, têm suas condições de trabalho marcadas pela ausência de ajuda financeira ou material das secretarias de saúde e pela invisibilidade de sua produção nos sistemas oficiais de registro. O vínculo é comunitário e baseado na transmissão oral de conhecimentos e no "dom", embora algumas também atuem formalmente como ACS ou técnicas de enfermagem (Costa, 2023). A estrutura de trabalho é essencialmente o domicílio e a comunidade, pois sua autoridade é muitas vezes negada nos espaços institucionais (UBS e hospitais), onde o modelo biomédico prevalece. Recentemente, a conformação do seu trabalho tem buscado maior protagonismo

político através de associações para garantir direitos e diálogo com o SUS (Costa, 2023).

Em relação a técnicos com um menor quantitativo de achados no âmbito das condições de trabalho, o auxiliar e o assistente de saúde, na Costa Rica (Harrison, 1981), trazem um panorama interessante relacionado à organização laboral pautada em debates sobre gênero. O documento traz que, em um posto de saúde, prefere-se que o Assistente e o Auxiliar de Saúde sejam de gêneros opostos. Dessa forma, a mulher concentra-se em visitas domiciliares, num raio de até um quilômetro do posto, enquanto o homem cobre distâncias de até dez quilômetros, utilizando motocicleta, barco ou até cavalo.

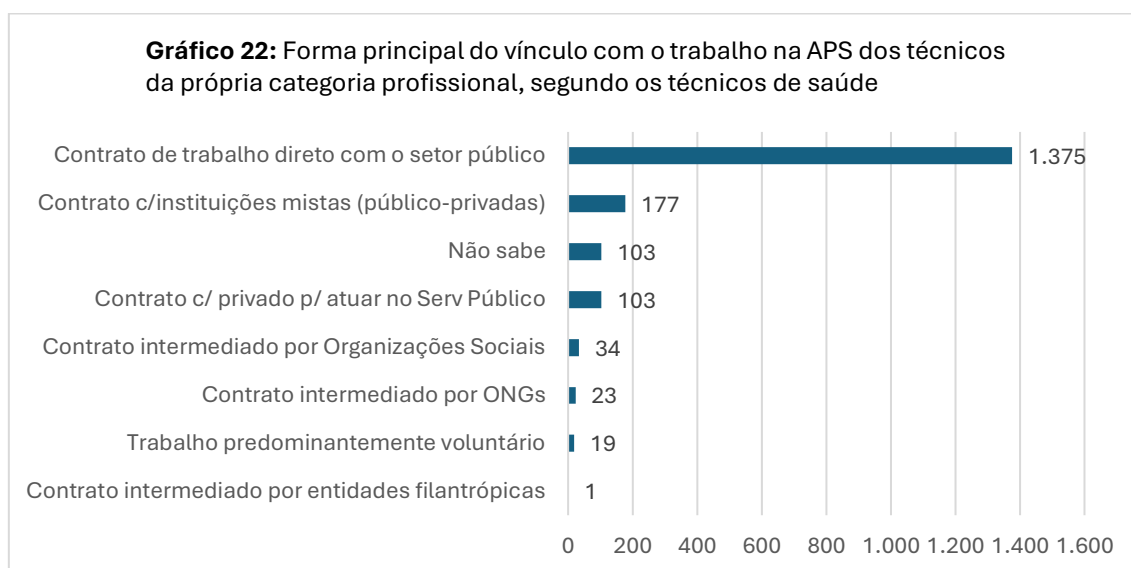
Destacando o *Agente Indígena de Saúde*, do Brasil, que é um membro eleito pela própria comunidade para atuar no modelo de atenção diferenciada ou intercultural. Suas condições de trabalho são caracterizadas por uma forte subordinação ao modelo médico hegemônico e pela execução de tarefas gerais como limpeza e tradução, em vez da mediação de saberes esperada (Moura-Pontes, 2014). O vínculo iniciou de forma esporádica por ONGs e universidades, mas desde 1999 eles foram integrados ao Subsistema de Saúde Indígena e contratados formalmente. A estrutura de trabalho envolve a atuação direta nas comunidades, articulada com os polos base e as Casas de Saúde do Índio (Casai) dentro dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A conformação do trabalho carece de processos formativos regulares, o que gera desvalorização e conflitos com as equipes multidisciplinares (Moura-Pontes, 2014).

Já o *Brigadista*, presente em um estudo da Nicarágua (Adamo et. al., 2016), possui o vínculo descrito como voluntários não remunerados reconhecidos pelo sistema de saúde, mas com altos índices de desmotivação para realização de atividades. Já o Assistente Técnico em Atenção Primária em Saúde, descrito em um estudo na Costa Rica (Morales e Bonilla, 2001), enfrenta um cotidiano marcado pela sobrecarga de trabalho e limitações de recursos. Apesar disso, os índices de satisfação laboral são altos, fator associado à percepção de reconhecimento do profissional pelos colegas de trabalho e pela comunidade.

De forma transversal, a literatura analisada aponta para a recorrência de vínculos de trabalho frágeis, muitas vezes voluntários ou pouco regulamentados, especialmente entre agentes comunitários, promotores de saúde e parteiras. Também são frequentes, nos estudos, referências a limitações nas condições de trabalho, como insuficiência de recursos, dificuldades de supervisão e sobrecarga laboral. Por outro lado, dimensões como escolarização mínima e organização trabalhista aparecem de forma mais pontual.

3.2.4.2 Relação e vínculos de trabalho

Quando se buscou saber quem contrata os técnicos de saúde da APS, foram ouvidos técnicos e especialistas. De acordo com os 1835 **técnicos de saúde** que responderam ao inquérito, a principal forma de vínculo dos técnicos em saúde com o trabalho na APS é o contrato direto com o setor público (75%) (Gráfico 22), seguido dos contratos intermediados por instituições mistas público-privadas (9,6%) e dos contratos com entidades privadas para atuar no setor público (5,6%).

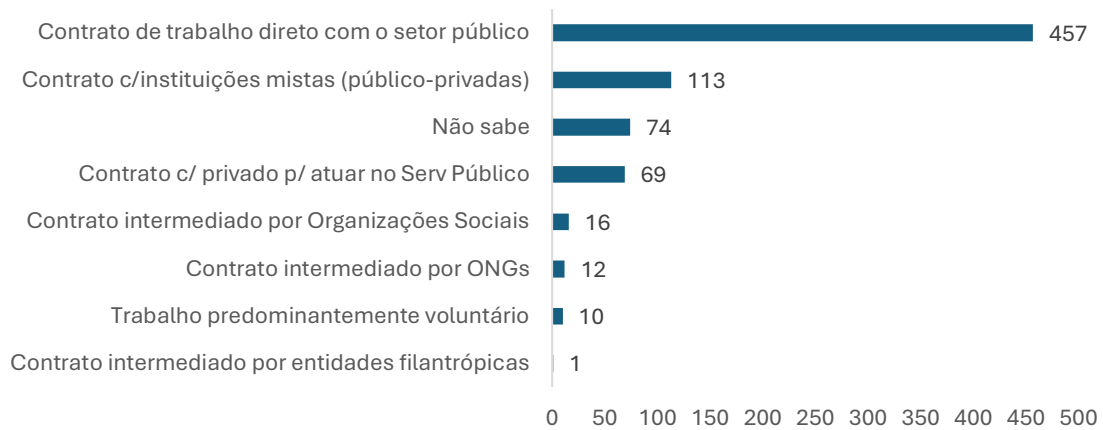


Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

Esse quadro se altera relativamente quando os dados do Equador são suprimidos³ (Gráfico 23): dos 752 técnicos dos demais países, 61% afirmam que a principal forma de vínculo com o trabalho na APS dos técnicos em saúde de sua categoria é o contrato direto com o setor público, seguido dos contratos intermediados por instituições mistas público-privadas (15%) e dos contratos com entidades privadas para atuar no setor público (10%).

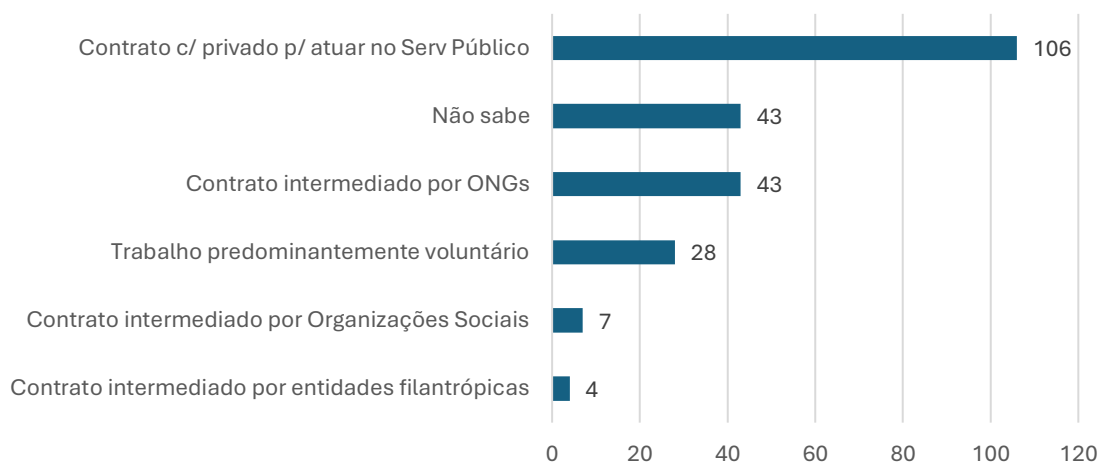
³ Devido à grande diferença de participação no inquérito entre o Equador e os demais países, a equipe de pesquisa buscou contornar um possível viés por meio de cenários analíticos sem a participação deste país.

Gráfico 23: Forma principal do vínculo com o trabalho na APS dos técnicos da própria categoria profissional, segundo os técnicos de saúde de 19 países latino-americanos selecionados



Dos 103 técnicos que indicaram ser o contrato com entidades privadas a principal forma de vinculação de sua categoria, 43 (42%) são da Colômbia. Analisando isoladamente os dados deste país (Gráfico 24), é possível perceber que, dos 234 técnicos respondentes, 96 (41%) afirmaram serem os vínculos com entidades privadas ou intermediados por instituições mistas, organizações sociais ou organizações não-governamentais a forma predominante de contrato de trabalho de sua categoria profissional, confirmando as características estruturais do sistema de saúde do país, cujo modelo de pluralismo estruturado (Londoño e Frenk, 1997 *apud* Giovanella et al, 2012), está baseado na participação público-privada no asseguramento e na prestação de serviços.

Gráfico 24: Forma principal do vínculo com o trabalho na APS dos técnicos da própria categoria profissional, segundo os técnicos de saúde, Colômbia



Essa mesma questão foi dirigida aos **especialistas**, que responderam sobre a forma principal de vínculo de trabalho na APS de 7 (sete) categorias profissionais.

De acordo com os especialistas, a principal forma de contratação dos técnicos em saúde que atuam na APS é por meio de contratos diretos com o setor público (Tabela 12), chegando a 65% das formas de vínculo de trabalhadores de saúde comunitária e 54% das formas de vínculo de auxiliares e técnicos de enfermagem. Esse número cai significativamente quando observamos perfis com baixa regulação da formação e do trabalho, como os cuidadores (24%).

Tabela 12: Principal forma de vínculo de trabalho na APS de sete áreas de atuação técnicas selecionadas, **segundo especialistas da APS**, em países da América Latina:

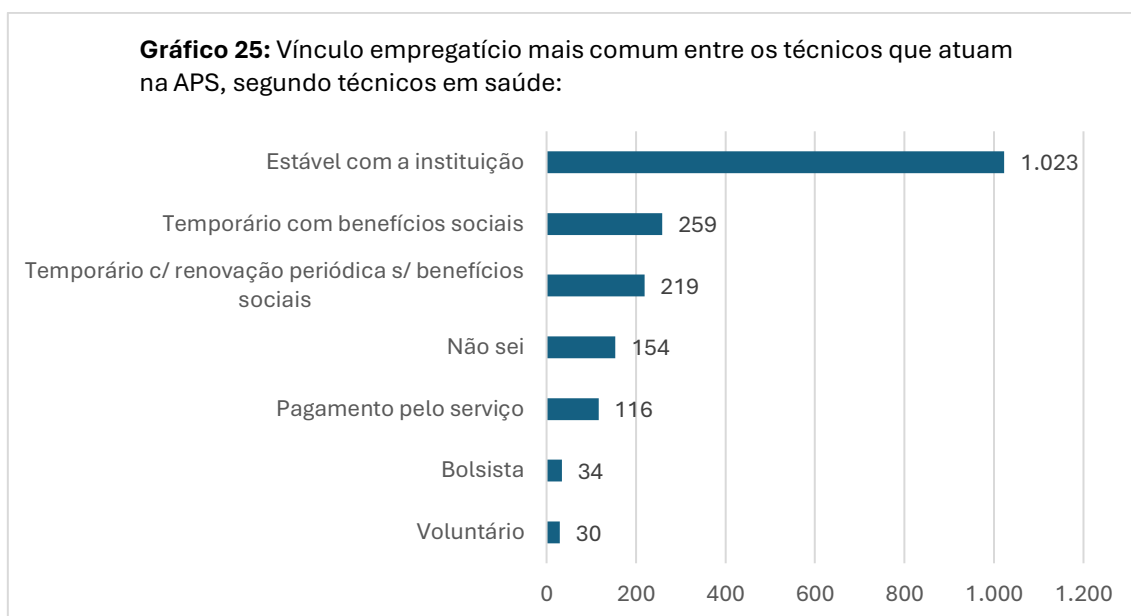
Principal Forma de Vínculo \ Área de atuação técnica	Trabalhadoras de Saúde Comunitária	Cuidadoras	Aux. e Técnicas de Enfermagem	Técnicos de Diagnóstico por Imagem	Técnicas(os) de Laboratório de AC	Técnicos Vigilância em Saúde	Auxiliares e Técnicos de Saúde Bucal
Contrato direto com setor público	411	151	342	249	244	295	233
Contrato com entidades privadas p/ atuar no público	31	63	32	52	57	29	49
Contrato com instituições mistas público-privadas	56	90	123	117	123	84	106
Contrato com organizações não-governamentais	14	22	11	13	15	11	16
Contrato com organizações sociais	18	18	16	14	17	12	12
Contrato com entidades filantrópicas	3	9	4	4	4	5	3
Trabalho predominantemente voluntário	20	28	5	3	2	11	4
Não há esse perfil de técnico em saúde no país	12	91	10	29	31	39	45
Não sabe	66	159	88	150	138	145	163
Total	631	631	631	631	631	631	631

Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

No entanto, se somados, os contratos intermediados por entidades privadas, mistas, ONG e OS representam cerca de 34% dos contratos de trabalho entre técnicos de laboratório e análises clínicas, 31% dos contratos de trabalho entre técnicos de diagnóstico por imagem, 29% dos contratos de trabalho entre auxiliares e técnicos de saúde bucal. Essa proporção cai apenas entre os trabalhadores de saúde comunitária (19%) e da vigilância em saúde e meio ambiente (21,5%). Esse quadro evidencia a forte tendência de participação do setor privado e não governamental nas formas de contratação dos técnicos da APS.

Outro dado que chama a atenção é a manifestação da inexistência de determinados perfis de técnicos em parte dos países analisados. Esse fato ocorre mais acentuadamente nas áreas de cuidadores (14%), saúde bucal (7%) e vigilância em saúde e meio ambiente (6%), o que indica diferentes formas de organização da força de trabalho em saúde nessas áreas, com menor incorporação de técnicos em saúde.

Quando se buscou saber como os técnicos de saúde da APS são contratados, foram ouvidos 1835 técnicos **de saúde** (gráfico 25). Destes, 1023 afirmam o predomínio de vínculos empregatícios estáveis com a instituição (56%). Para 578 (26%) técnicos, os vínculos temporários (com ou sem benefícios sociais) são os mais comuns.

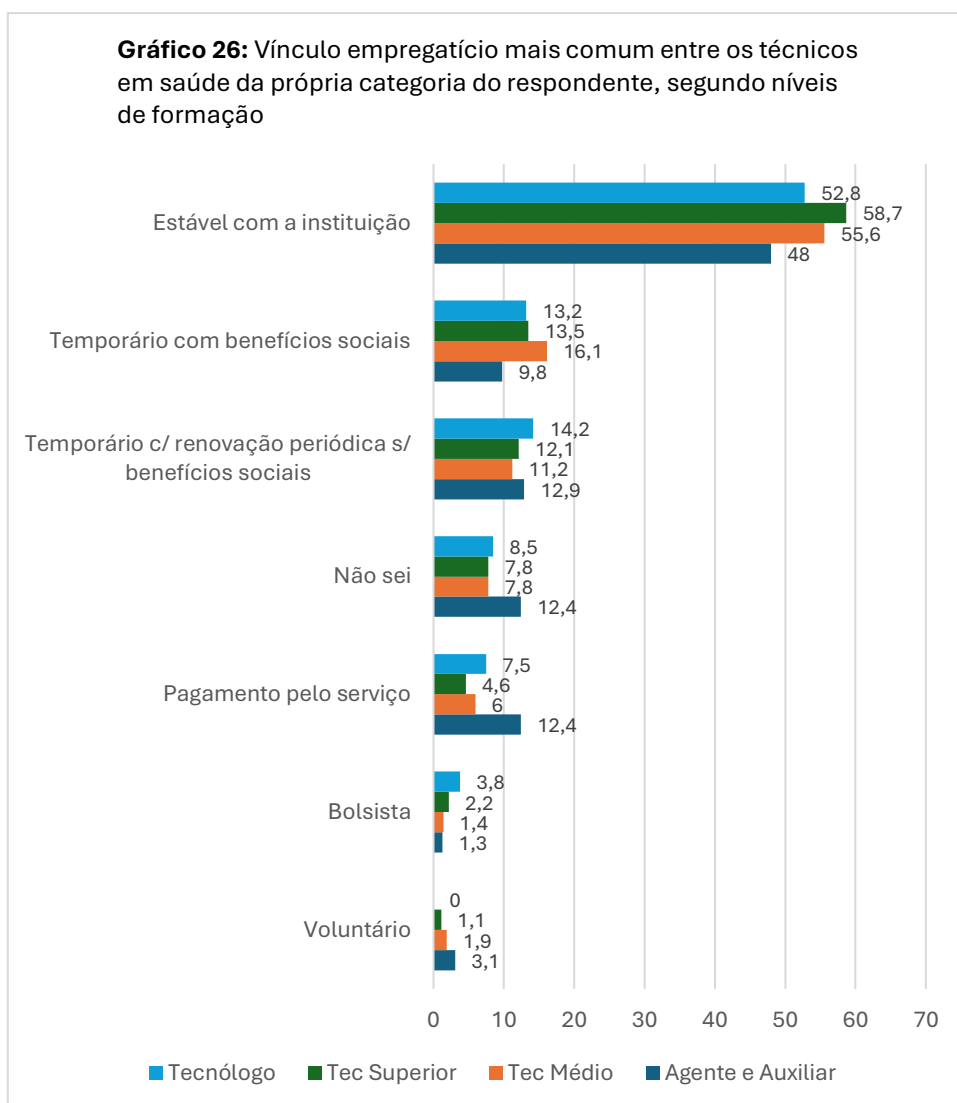


Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

Ainda que representem uma diminuta parcela do universo de 1835 técnicos que participaram da pesquisa, é digno de nota perceber que na opinião de 2% destes, o voluntariado aparece como forma predominante de vínculo dos técnicos da APS,

indicando que a permanência dessa forma de relação trabalhista nos países, especialmente entre os trabalhadores comunitários.

Outro aspecto que chama a atenção é que, na análise específica por segmentos, são os **agentes e auxiliares** aqueles que menos possuem vínculos estáveis com a instituição ou temporários com benefícios sociais. São eles que mais indicam (40%) como vínculo empregatício mais comum de sua categoria profissional os vínculos temporários (com ou sem benefícios sociais), o pagamento por serviço, as bolsas e o voluntariado (gráfico 26).



Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

Esse dado corrobora o que tem sido apontado na literatura quanto à maior precarização do trabalho entre esse segmento dos trabalhadores técnicos.

3.2.4.3 Condições de trabalho

A tabela 13 apresenta a avaliação das condições de trabalho dos técnicos da própria categoria profissional, segundo técnicos em saúde e níveis de formação. Chama a atenção a inversão que ocorre entre técnicos de maior e menor nível formativo. Entre os primeiros (técnicos de nível superior e tecnólogos), as condições de trabalho são avaliadas predominantemente como muito boas; já entre os segundos (agentes, assistentes, auxiliares e técnicos de nível médio), predominam as avaliações que consideram boas as condições de trabalho.

Esse comportamento se repete nas avaliações que consideram as condições de trabalho dos técnicos razoáveis, ruins ou muito ruins: 42% para os agentes e 40% para os técnicos médios, contrastando com 30% dos técnicos superiores) e 37% (tecnólogos).

Tabela 13: avaliação das condições de trabalho das/os técnicas/os de sua categoria profissional que atuam na APS, segundo níveis de formação:

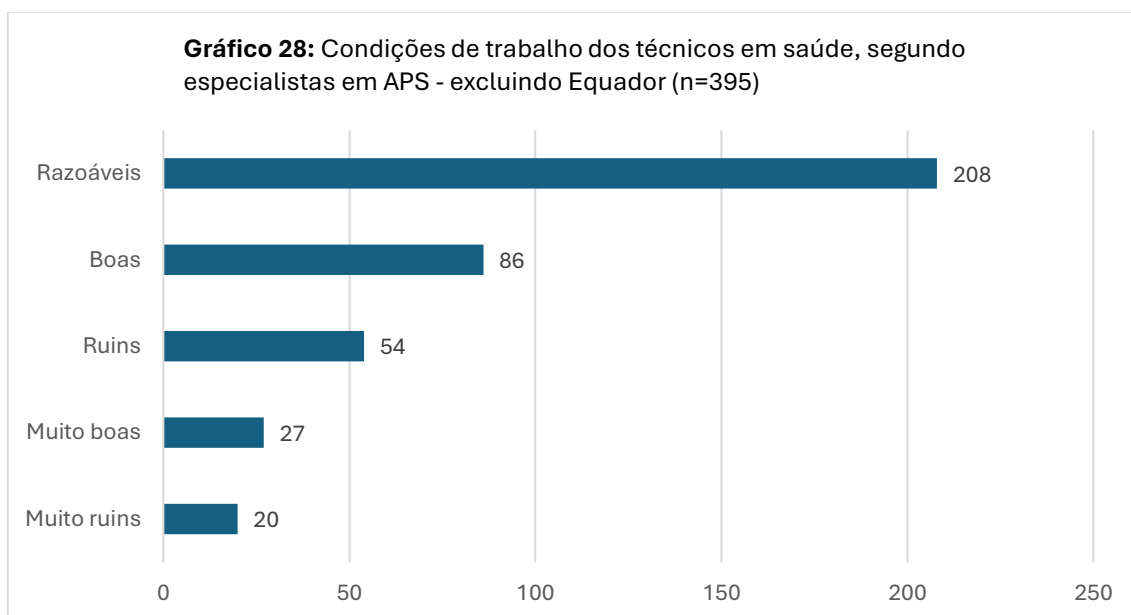
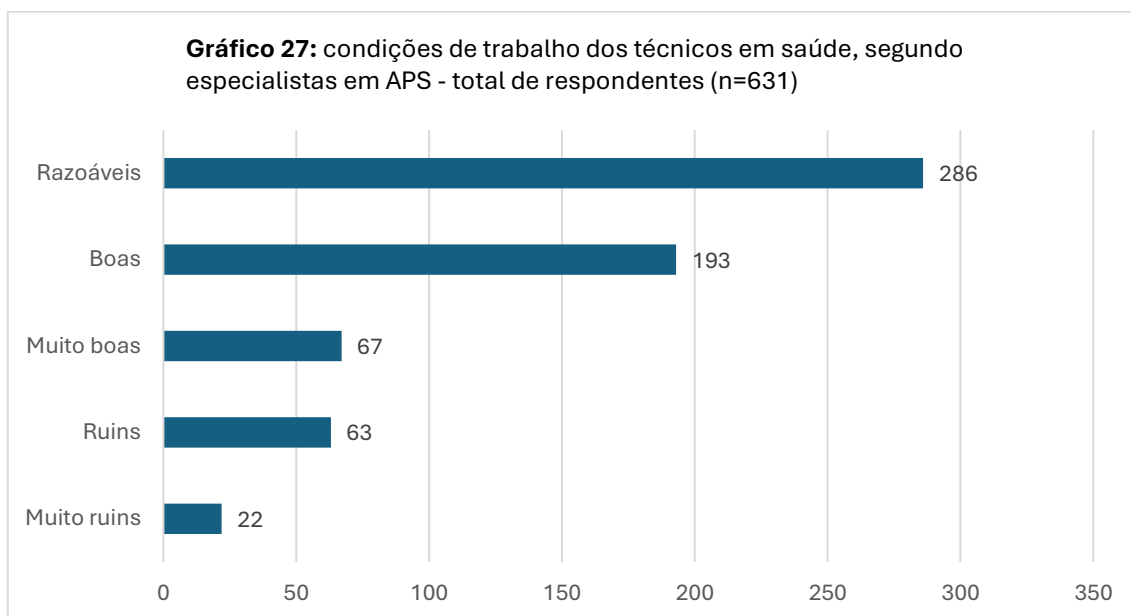
Condições de trabalho Técnicos em Saúde	Muito boas		Boas		Razoáveis		Ruins		Muito ruins	
		%		%		%		%		%
Agentes e Auxiliares (n=225)	50	22%	79	35%	71	31%	13	6%	12	5%
Técnicos de nível médio (n= 784)	217	28%	253	32%	241	31%	57	7%	16	2%
Técnicos superiores (n=720)	299	42%	205	28%	164	23%	43	6%	9	1%
Tecnólogos (n=106)	40	38%	27	25%	34	32%	4	4%	1	1%
Total	606	33%	564	31%	510	28%	117	6%	38	2%

Fonte: Inquérito da pesquisa, 2025

Quando ouvidos os especialistas, as condições de trabalho do conjunto das(os) técnicas(os) em saúde de seu país foram consideradas “razoáveis” para cerca de 45% dos respondentes (gráfico 27). Quando excluída a participação do Equador essa proporção aumenta para 52% da opinião dos respondentes, sendo

consideradas “boas e muito boas” para 29% e “ruins e muito ruins” para 20% (gráfico 28).

Entendemos esse como um dado alarmante, visto que mais de 70% dos especialistas entrevistados – menos constrangidos pelas relações de poder e condição subordinada – apontam a necessidade de melhoria das condições de trabalho dos técnicos em saúde.



Quando perguntados sobre diferentes aspectos das condições de trabalho na APS, cerca de 65% dos técnicos em saúde consideram o **ambiente físico** confortável e seguro (Gráfico 29). Esse quadro não se altera significativamente quando se

observam os países separadamente, à exceção do Brasil, onde cerca de 59% dos técnicos entrevistados não consideram seu ambiente seguro e confortável. Se apenas o segmento de agentes e auxiliares é destacado, essa percepção aumenta para 68% dos entrevistados (Gráfico 00).

Gráfico 29: Conforto e segurança do ambiente físico do trabalho da própria categoria profissional, segundo dos técnicos em saúde

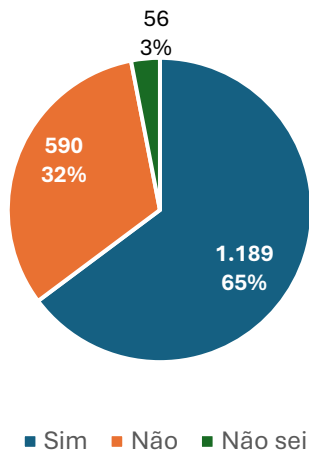
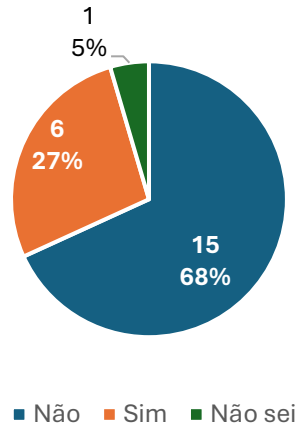
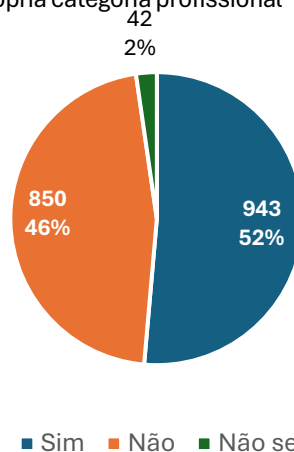


Gráfico 30: Conforto e segurança do ambiente físico do trabalho dos técnicos da própria categoria, segundo agentes e auxiliares do Brasil



Quando se analisa a **disponibilidade de ferramentas e recursos** necessários para o desempenho das tarefas cotidianas do trabalho, a percepção dos técnicos é dividida: 51% consideram que sua categoria profissional possui as ferramentas e recursos necessários, ao passo que 46% afirmam que não (gráfico 31). Quando analisados separadamente, a maioria dos técnicos de países como Brasil (57%) e Equador (54%) tendem a negar essa disponibilidade.

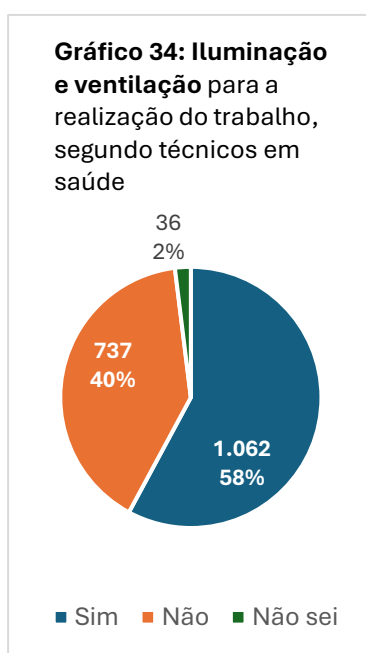
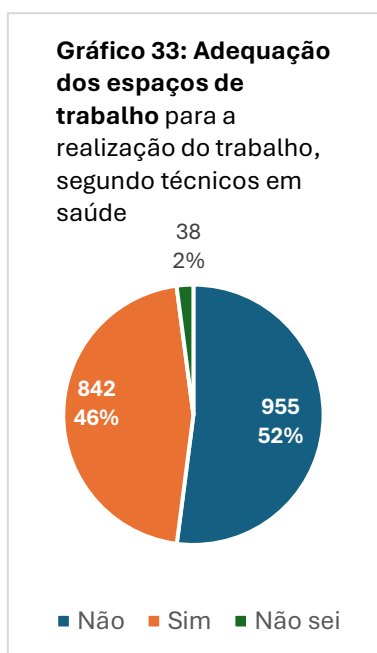
Gráfico 31: Percepção de técnicos em saúde sobre a disponibilidade de ferramentas e recursos necessários para o desempenho das tarefas dos técnicos da própria categoria profissional



Considerando, porém, apenas o segmento de agentes e auxiliares, a proporção daqueles que afirmam a indisponibilidade de ferramentas e recursos sobe para 65% dos entrevistados (Gráfico 32). Esse dado reforça o diagnóstico de precariedade das condições de trabalho junto ao segmento de menor qualificação e vínculos empregatícios instáveis.



Quando perguntados sobre o **espaço de trabalho, iluminação e ventilação adequadas e disponibilidade de equipamentos de proteção individual**, os técnicos de um modo geral se dividem (Gráficos 33, 34 e 35).



No entanto, quando observados os cinco países com maior número de participantes na pesquisa (Equador, Colômbia, Argentina, Brasil e México), o quadro que surge é bastante variado: os técnicos de países como Equador e Brasil indicam a inadequação de seus espaços de trabalho, bem como a indisponibilidade de equipamentos de proteção individual para seu trabalho (Tabela 14).

Tabela 14: Percepção de **técnicos em saúde** de cinco países selecionados sobre a adequação dos espaços de trabalho, iluminação e ventilação e disponibilidade de equipamentos de proteção individual necessários para a realização do trabalho

País	Espaço de trabalho considerado adequado		Iluminação e Ventilação do espaço de trabalho		Disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual - EPI	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Equador	37%	61%	51%	48%	40%	59%
Colômbia	61%	34%	74%	21%	76%	20%
Argentina	60%	32%	67%	28%	69%	27%
Brasil	36%	63%	56%	43%	47%	51%
México	60%	36%	70%	28%	70%	27%

Fonte: Inquérito da pesquisa

Quando essas informações são estratificadas por níveis de formação, é possível perceber que no Brasil, são os **agentes e auxiliares** aqueles que manifestam de forma mais acentuada a inadequação dos espaços de trabalho (Tabela 15):

Tabela 15: Percepção de **agentes e auxiliares de saúde** de cinco países selecionados sobre a adequação dos espaços de trabalho, iluminação e ventilação e disponibilidade de equipamentos de proteção individual necessários para a realização do trabalho

País	Espaço de trabalho considerado adequado		Iluminação e Ventilação do espaço de trabalho		Disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual - EPI	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Equador	68%	31%	68%	27%	68%	27%
Colômbia	57%	36%	73%	20%	77%	18%
Argentina	84%	15%	84%	15%	61%	38%
Brasil	22%	73%	36%	59%	32%	68%
México	73%	26%	73%	27%	73%	27%

Fonte: Inquérito da pesquisa

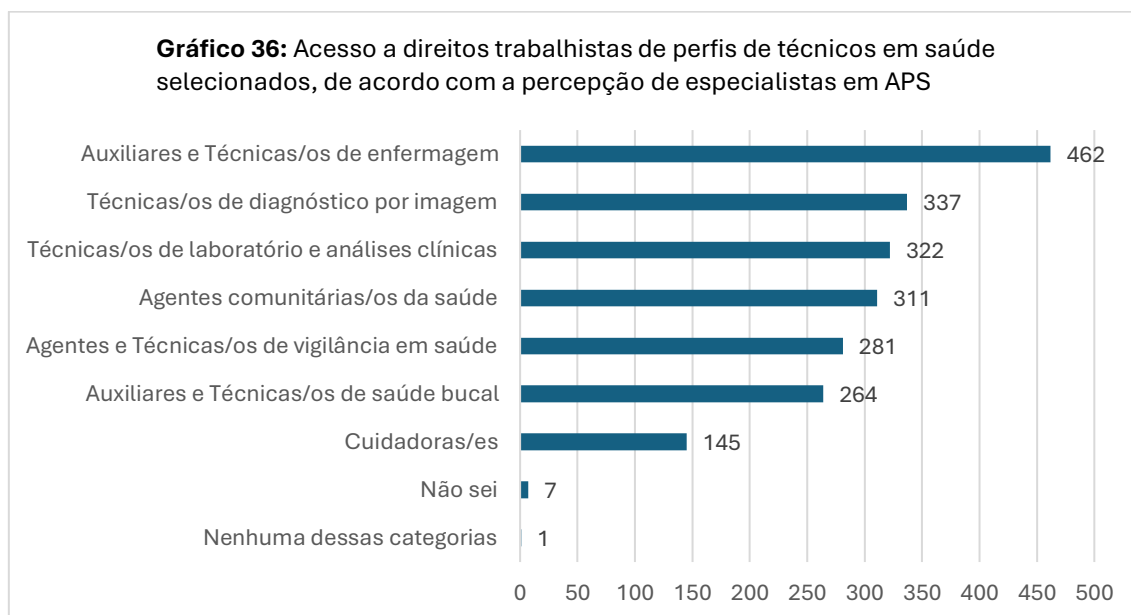
Quando observados **os técnicos médios**, a inadequação dos espaços de trabalho também é percebida no Equador e no Brasil (tabela 16):

Tabela 16: Percepção de **técnicos médios** de cinco países selecionados sobre a adequação dos espaços de trabalho, iluminação e ventilação e disponibilidade de equipamentos de proteção individual necessários para a realização do trabalho

País	Espaço de trabalho considerado adequado		Iluminação e Ventilação do espaço de trabalho		Disponibilidade de Equipamentos de Proteção individual - EPI	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Equador	33%	66%	48%	51%	40%	59%
Colômbia	63%	35%	72%	24%	77%	21%
Argentina	84%	22%	70%	22%	65%	30%
Brasil	42%	58%	65%	35%	54%	44%
México	60%	35%	71%	25%	69%	25%

Fonte: Inquérito da pesquisa

Outro aspecto fundamental para a análise da qualificação dos técnicos em saúde e de suas condições de trabalho é o **acesso a direitos trabalhistas**. No inquérito, esse dado foi obtido por meio da percepção de especialistas em APS, a partir de uma pergunta sobre quais das categorias profissionais selecionadas possuem direitos trabalhistas estabelecidos por lei em seu país (gráfico 36).



Observou-se que as categorias profissionais mais consolidadas em termos de marcos regulatórios de formação e trabalho – auxiliares e técnicos de enfermagem, técnicos de diagnóstico por imagem e técnicos de laboratório e análises clínicas – são aquelas indicadas com maior frequência como detentoras de direitos. Com importância crescente na APS dos países, trabalhadores comunitários também aparecem como uma categoria que acessa direitos trabalhistas. Por sua vez, carreiras emergentes, fruto de mudanças culturais e no perfil sociodemográfico contemporâneo e ainda não consolidadas e/ou presentes em todos os países, como a dos cuidadores (de idosos, de pessoas com deficiência, de doentes crônicos) aparecem com uma frequência menor de indicações de acesso a direitos trabalhistas.

Esse quadro apresenta variações significativas de percepção quando são analisadas as diferenças entre os cinco países com maior número de participantes na pesquisa (tabela 17).

Tabela 17: Acesso a direitos trabalhistas de perfis de técnicos em saúde selecionados, de acordo com a percepção de especialistas em APS de cinco países latino-americanos:

Perfis \ País	ECU n=236	%	COL n=35	%	ARG n=102	%	BRA n=97	%	MEX n=34	%
Auxiliares e Téc de Enfermagem	142	60,2	28	80,0	84	82,3	88	90,7	19	55,9
Técnicos de Diagnóstico p/ imagens	99	42,0	25	71,4	67	65,7	58	59,8	21	61,8
Técnicos de Laboratório e Análises Clínicas	91	38,5	22	62,8	56	54,9	54	55,7	21	61,8
Trabalhadores Comunitários de Saúde	108	45,8	12	34,3	41	40,2	84	86,6	15	44,1
Agentes e Técnicos de Vigilância em Saúde	93	39,4	13	37,1	27	26,5	66	68,0	18	52,9
Auxiliares e Téc de Saúde Bucal	79	33,5	19	54,3	28	27,4	70	72,1	13	38,2
Trabalhadores do Cuidado	57	24,15	14	40,0	15	14,1	18	18,5	9	26,5
Não sei	7	3,0	1	2,8	7	6,8	4	4,1	2	5,9
Nenhuma dessas categorias	1	0,4	1	2,8	1	0,9	1	1,1	1	2,9

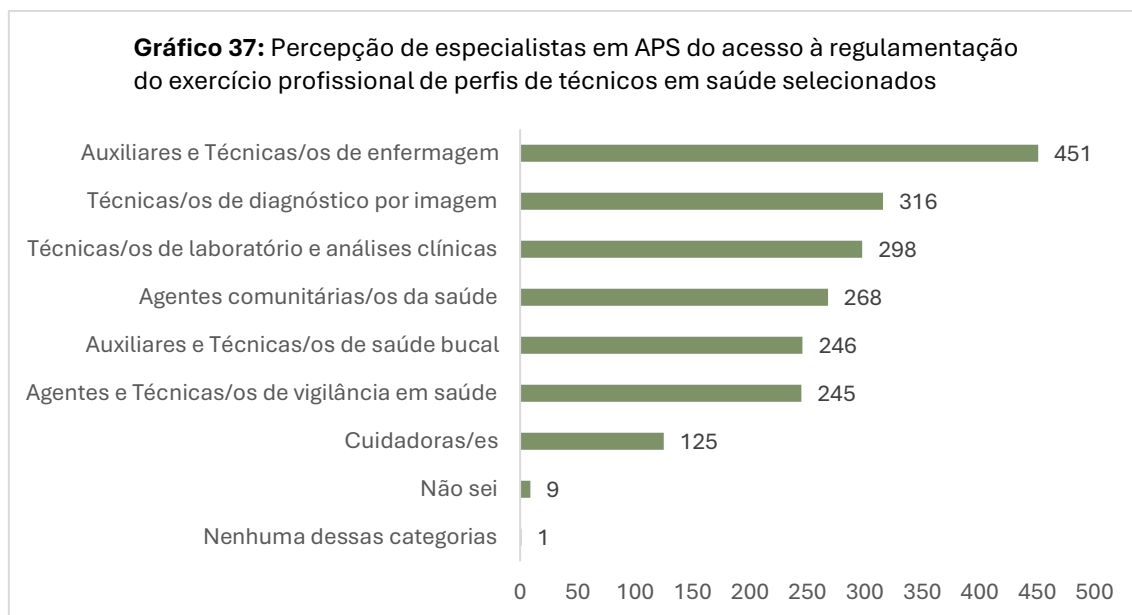
Fonte: Inquérito da pesquisa

O perfil da enfermagem permanece como aquele que mais acessa direitos trabalhistas inscritos em lei, ainda que no México os dados sugiram maior equivalência com outras áreas. Chama a atenção a diferença de percepção sobre os trabalhadores comunitários, que no Brasil receberam 86,6% das indicações, enquanto no Equador, México, Argentina e Colômbia tiveram 45,8%, 44,1%, 40,2%

e 34,3%, respectivamente. Essa diferença pode ser explicada pela importância dos agentes comunitários na bem-sucedida experiência brasileira da Estratégia de Saúde da Família e, sobretudo, pela força política de sua luta pela qualificação profissional.

Da mesma forma, a presença e a regulamentação de auxiliares e técnicos de saúde bucal na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na Política Nacional de Saúde Bucal faz com que estes profissionais sejam percebidos como uma categoria que acessa direitos trabalhistas de forma mais acentuada no Brasil (72,1%) do que nos demais países.

Quando observada a **existência de lei ou norma que regulamente o exercício profissional** de categorias técnico-profissionais selecionadas, os especialistas em APS ouvidos destacam a enfermagem como categoria mais regulada. Esse panorama contrasta com o dos cuidadores, perfil que, mesmo avançando na definição de competências e diretrizes para a formação, ainda se encontra pouco regulado em diversos países (gráfico 37).



Nos últimos anos, vários países da América Latina avançaram significativamente na criação de marcos legais para a profissão de cuidador, superando o estágio de "atividades domésticas" para tratá-las como parte de sistemas nacionais de cuidado. É o caso de países como Uruguai, Colômbia, Chile, Argentina, Brasil, Costa Rica e Panamá. No Uruguai, país considerado pioneiro com o Sistema Nacional Integrado de Cuidados - SNIC (criado pela Lei nº 19.353/2015) o cuidado é definido como um direito universal, e as tarefas de cuidado são profissionalizadas através de programas de formação obrigatórios e contínuos. O Decreto nº

117/016, regulamenta especificamente a figura do Assistente Pessoal para pessoas em situação de dependência severa.

Já a Colômbia promulgou a Lei nº 2.297/2023, conhecida como a "Ley del Cuidador", que visa garantir a dignidade e proteção dos cuidadores (remunerados ou não). A Lei estabelece medidas para acesso a emprego, flexibilidade laboral, saúde mental e programas de formação profissional. Exige registro oficial e certificação emitida pelo Ministério da Saúde para validar a qualidade de cuidador.

Quando, no inquérito, se buscou saber da existência de **políticas ou diretrizes voltadas para a qualificação das condições de trabalho das/os técnica/os em saúde** (planos de carreira, cargos e salários, piso salarial, carga horária semanal etc.), os especialistas em APS reafirmaram a maior incidência de normativas visando o fortalecimento na área da enfermagem (Gráfico 38).



Esse panorama pode ser mais bem analisado quando os dados são observados entre os cinco países com maior participação no inquérito (tabela 18). Enquanto os especialistas do México, Colômbia e Argentina afirmam o acesso à políticas voltadas para a qualificação de condições de trabalho de técnicos do diagnóstico por imagens (67,6%, 65,7% e 50%, respectivamente), no Brasil esse reconhecimento não chega a 30%. O mesmo ocorre com os técnicos de laboratório e análises clínicas, cuja percepção de acesso entre especialistas no Brasil é de apenas 25,7%, enquanto no México, Colômbia e Argentina é de 52,9%, 45,7% e 46,1%, respectivamente (tabela 18).

O quadro se inverte em relação aos trabalhadores comunitários: enquanto no Brasil, 62,9% dos especialistas afirmam a existência de políticas voltadas para a qualificação de condições de trabalho desse contingente, na Colômbia e no México essa percepção cai para 22,8% e 35,3%, respectivamente. Vale destacar que, segundo os respondentes do Brasil, essa é a área de atuação que figura como de maior acesso a políticas de qualificação do trabalho técnico.

Em todos os países selecionados, é baixa a percepção de acesso à políticas voltadas à qualificação do trabalho dos cuidadores, chegando a 21,6 no Equador, 17,6% na Argentina e 11,3% no Brasil.

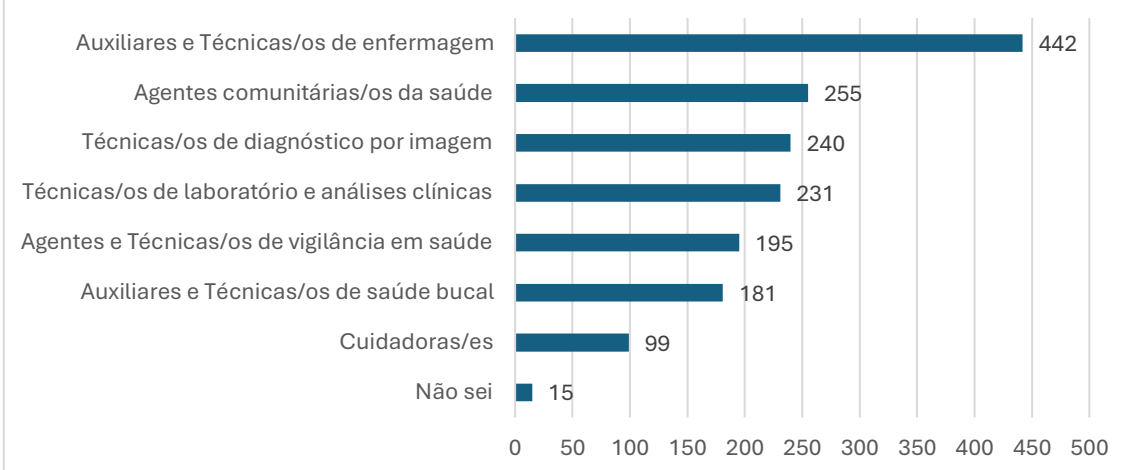
Tabela 18: Percepção de **acesso à políticas voltadas para a qualificação de condições de trabalho** de perfis de técnicos em saúde e países selecionados, de acordo com a opinião de especialistas em APS:

	ECU		COL		ARG		BRA		MEX	
	n=236	%	n=35	%	n=102	%	n=97	%	n=34	%
Enfermagem	128	54,24	29	82,86	84	82,35	59	60,82	22	64,71
Tec Diag Imag	87	36,86	23	65,71	51	50,00	29	29,90	23	67,65
Tec Lab Clin	83	35,17	16	45,71	47	46,08	25	25,77	18	52,94
ACS	106	44,92	8	22,86	44	43,14	61	62,89	12	35,29
Vigilancia	74	31,36	14	40,00	27	26,47	40	41,24	18	52,94
Saúde Bucal	70	29,66	17	48,57	24	23,53	40	41,24	13	38,24
Cuidado	51	21,61	9	25,71	18	17,65	11	11,34	9	26,47
Não sei	0	0	1	2,86	0	0	19	19,59	0	0
Nenhuma	0	0	1	2,86	0	0	10	10,31	0	0

Fonte: Inquérito da pesquisa

Do mesmo modo, os especialistas em APS foram estimulados a identificar as categorias técnico-profissionais que possuem **entidades representativas, associativas ou de regulação profissional** (conselhos, sindicatos, grêmios, associações, colégios, federações etc.). Novamente o destaque para a enfermagem, categoria profissional mais antiga e plenamente consolidada em todos os sistemas de saúde da região (gráfico 39):

Gráfico 39: Percepção de acesso a entidades representativas, associativas ou de regulação profissional de perfis de técnicos em saúde selecionados, de acordo com a opinião de especialistas em APS



Alguns contrastes podem igualmente ser percebidos quando a análise recai sobre os cinco países selecionados, confirmando as diferenças históricas na constituição das políticas setoriais e na configuração da força de trabalho em saúde. Enquanto os especialistas de países como Colômbia, Argentina e México percebem certa força associativa entre os perfis técnicos ligados ao apoio diagnóstico por imagem e laboratorial, no Equador e no Brasil estes perfis não parecem apresentar a mesma coesão (tabela 19).

Tabela 19: Percepção de especialistas em APS sobre o acesso à entidades representativas, associativas ou de regulação profissional de perfis de técnicos em saúde e países selecionados:

	ECU		COL		ARG		BRA		MEX	
	n=236	%	n=35	%	n=102	%	n=97	%	n=34	%
Enfermagem	125	52,97	28	80,00	83	81,37	79	81,44	23	67,65
Tec Diag Imag	59	25,00	19	54,29	49	48,04	28	28,87	19	55,88
Tec Lab Clin	57	24,15	13	37,14	46	45,10	28	28,87	21	61,76
ACS	105	44,49	7	20,00	30	29,41	62	63,92	11	32,35
Vigilancia	62	26,27	12	34,29	23	22,55	32	32,99	16	47,06
Saúde Bucal	51	21,61	14	40,00	21	20,59	37	38,14	13	38,24
Cuidado	39	16,53	7	20,00	15	14,71	9	9,28	10	29,41
Não sei	0	0	1	2,86	0	0	13	13,40	0	0
Nenhuma	0	0	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0

Repete-se a inversão observada anteriormente em relação aos trabalhadores comunitários: no Brasil e no Equador há um indicativo de forte organização da categoria, contrastando com os valores observados na Colômbia e Argentina.

Chama a atenção também a percepção de maior agremiação dos auxiliares e técnicos de saúde bucal em países como Colômbia, México e Brasil, em detrimento do Equador e Argentina.

Por fim, novamente os trabalhadores do cuidado figuram como a categoria cujo acesso à entidades representativas e associativas é menos percebida entre os países, chegando a apenas 9,2% dos participantes no Brasil.

3.2.5 Conclusões

A análise integrada da revisão da literatura e dos dados empíricos do inquérito evidencia que a formação dos técnicos em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) na América Latina é marcada por forte heterogeneidade, fragmentação e desigualdade entre categorias profissionais, países e arranjos institucionais. Essa diversidade se expressa tanto na duração e nos conteúdos formativos quanto nos níveis de escolarização exigidos, nos espaços institucionais de formação e nas oportunidades de educação permanente.

De modo geral, observa-se a coexistência de dois padrões principais de formação. Por um lado, categorias mais consolidadas e regulamentadas — como técnicos e auxiliares de enfermagem, de análises clínicas e de diagnóstico por imagem — apresentam trajetórias formativas mais estruturadas, baseadas em cursos formais prévios ao ingresso no trabalho e com maior exigência de escolarização profissionalizante. Por outro lado, categorias em processo de consolidação — como agentes comunitários de saúde, trabalhadores do cuidado e agentes de vigilância — apresentam percursos formativos mais frágeis, frequentemente baseados em treinamentos de curta duração, aprendizagem no serviço ou mesmo na prática cotidiana, refletindo lacunas regulatórias e institucionais.

A revisão da literatura reforça esse quadro ao demonstrar que, embora a formação frequentemente se organize a partir das atribuições profissionais, há grande variação na sua duração e densidade, podendo oscilar entre programas breves e formações extensas. Em alguns contextos, destacam-se iniciativas inovadoras, como a incorporação de abordagens interculturais, adaptações territoriais e estratégias de educação continuada; entretanto, essas experiências não se configuram como padrão predominante na região.

No que se refere à formação inicial, os dados do inquérito indicam que a maioria dos técnicos acessa cursos formais antes de ingressar no trabalho, mas essa predominância convive com uma parcela significativa de trabalhadores cuja

qualificação ocorre de maneira mais informal ou em serviço. Essa dualidade reforça a existência de desigualdades estruturais na formação, associadas ao grau de institucionalização das diferentes ocupações.

A análise da escolarização mínima exigida confirma essa tendência, evidenciando que profissões mais estruturadas demandam níveis mais elevados de formação, enquanto ocupações mais recentes ou menos regulamentadas admitem níveis mais baixos de escolaridade. A área de vigilância em saúde destaca-se pela sua indefinição enquanto campo profissional, apresentando grande diversidade de perfis formativos e dificuldades de enquadramento.

Outro aspecto relevante diz respeito à natureza das instituições formadoras. Embora predomine a formação em instituições públicas estatais, observa-se uma participação expressiva do setor privado e de arranjos mistos em diversos países, inclusive naqueles com tradição de sistemas públicos de saúde. Esse cenário sugere um processo de diversificação — e, em alguns casos, de fragilização — do papel do Estado na formação desses trabalhadores.

No campo da educação permanente, os resultados apontam para uma situação ambígua. Ainda que parte significativa dos respondentes reconheça a existência de programas e relate níveis moderados a elevados de participação, há evidências consistentes de insuficiência na oferta recente de capacitações, o que indica um descompasso entre as necessidades formativas e as oportunidades disponíveis. Essa lacuna é particularmente preocupante diante da centralidade dos técnicos na operacionalização das ações de saúde.

Adicionalmente, observa-se que os técnicos recorrem majoritariamente a cursos formais como estratégia de atualização, complementados por eventos científicos e, em menor medida, por estudo autônomo e uso de recursos digitais. O acesso às tecnologias de informação e comunicação, embora relativamente disseminado, ainda apresenta limitações, sendo o telefone celular o principal dispositivo utilizado para aprendizagem virtual. Nesse contexto, o uso expressivo de plataformas como o Campus Virtual de Saúde Pública sugere potencial para ampliação de estratégias formativas mediadas por tecnologia, especialmente se articuladas a políticas estruturadas de educação permanente.

Em síntese, os achados indicam que a formação dos técnicos em saúde na APS na América Latina é atravessada por tensões entre institucionalização e precariedade, padronização e adaptação local, formação formal e aprendizagem em serviço. Tais elementos evidenciam a necessidade de fortalecimento de políticas públicas que promovam a qualificação estruturada, contínua e contextualizada desses

trabalhadores, considerando sua diversidade de perfis e o papel estratégico que desempenham na consolidação dos sistemas de saúde e na efetivação da atenção primária.

A análise da literatura e dos dados empíricos do inquérito evidencia que os vínculos e as condições de trabalho dos técnicos na Atenção Primária à Saúde (APS) na América Latina são marcados por forte heterogeneidade, mas também por padrões estruturais recorrentes de desigualdade, precarização e segmentação interna. De modo geral, observa-se que, embora o contrato direto com o setor público permaneça como a principal forma de vínculo, há uma presença significativa — e em alguns casos crescente — de arranjos intermediados por instituições privadas, mistas e organizações não governamentais, revelando a consolidação de modelos híbridos de gestão do trabalho em saúde. Essa tendência é particularmente expressiva em determinados países e áreas técnicas, refletindo configurações específicas dos sistemas de saúde e indicando maior complexidade na regulação das relações de trabalho.

Os dados do inquérito reforçam achados da literatura ao demonstrar que a estabilidade dos vínculos não é homogênea entre os diferentes perfis profissionais. Segmentos como agentes comunitários e auxiliares concentram maior incidência de vínculos temporários, informais ou precários, incluindo modalidades como bolsas, pagamentos por serviço e até voluntariado. Essa condição confirma a persistência de uma hierarquização interna no trabalho técnico em saúde, na qual ocupações com menor exigência formal de qualificação tendem a apresentar menor proteção social e institucional.

No que se refere às condições de trabalho, observa-se uma avaliação global intermediária, com predomínio da classificação como “boa” ou “razoável” entre os técnicos, contrastando com uma percepção mais crítica por parte dos especialistas. Essa diferença sugere possíveis efeitos de naturalização de condições adversas entre os trabalhadores ou constrangimentos associados às suas posições institucionais. Ainda assim, os dados revelam fragilidades importantes, especialmente no que diz respeito à infraestrutura, disponibilidade de recursos e acesso a equipamentos de proteção individual, com variações significativas entre países e entre níveis de formação.

Destaca-se que os técnicos de menor nível formativo — particularmente agentes e auxiliares — são os mais afetados por condições inadequadas de trabalho, tanto em termos de ambiente físico quanto de acesso a insumos essenciais. Esse padrão reforça a associação entre precarização do trabalho e posição ocupacional, indicando que desigualdades estruturais atravessam o conjunto da força de

trabalho técnica na APS. Além disso, países como Brasil e Equador apresentam avaliações mais negativas em aspectos fundamentais das condições laborais, sugerindo desafios persistentes na organização dos serviços e na garantia de condições adequadas para o exercício profissional.

Outro eixo relevante diz respeito ao acesso a direitos trabalhistas, marcos regulatórios e políticas de qualificação. As categorias mais consolidadas historicamente, como a enfermagem e as áreas de apoio diagnóstico, apresentam maior reconhecimento legal, acesso a direitos e presença de entidades representativas. Em contrapartida, perfis emergentes ou menos institucionalizados — como cuidadores e, em menor medida, trabalhadores comunitários em alguns países — ainda enfrentam lacunas significativas em termos de regulação, proteção e organização coletiva. Ainda que avanços recentes sejam observados em alguns contextos nacionais, esses segmentos permanecem em posição de maior vulnerabilidade.

Por fim, os resultados apontam que, apesar de avanços importantes na formalização e no reconhecimento de determinadas categorias, persistem desafios estruturais para a consolidação de vínculos estáveis, condições adequadas de trabalho e equidade entre os diferentes perfis técnicos. A superação dessas desigualdades requer o fortalecimento de políticas públicas de regulação do trabalho, ampliação do acesso a direitos, investimentos em infraestrutura e recursos, além do reconhecimento do papel estratégico desses trabalhadores para a efetividade da APS. Trata-se, portanto, de um campo prioritário para a agenda de fortalecimento dos sistemas de saúde na região

3.3 O Campus Virtual em Saúde Pública e os Técnicos em Saúde

3.3.1 Marco teórico do estudo qualitativo sobre a utilização do CVSP por parte dos técnicos em saúde

Contexto:

No ano 2024, em consulta contínua e sob a supervisão do Coordenador do CVSP e sua equipe regional, realizou-se a análise da trajetória e experiência de uso dos técnicos de saúde que frequentaram cursos no CVSP através da caracterização de perfis sociodemográficos e laborais de os usuários técnicos (gênero, idade, ocupação, local de trabalho), o comportamento da utilização do CVSP segundo ocupações e países de origem; o levantamento dos cursos mais frequentemente cursados pelos técnicos de saúde em nível regional e por país; e a análise do nível de certificação em relação às categorias mencionadas, sendo que todas estas características foram comparadas com o comportamento do total de usuários do CVSP.

Definiram-se dimensões para a categorização e revisão dos cursos em relação à sua pertinência e adequação didática para o universo de técnicos.

Empregou-se uma combinação de metodologias quantitativas e qualitativas. Coletou-se e sistematizou-se a informação das bases de dados do CVSP conformada com os dados que os participantes dos cursos preenchem no momento de sua inscrição e pelo registro histórico dos cursos MOOC regionais desde 1 de janeiro de 2018 até 31 de dezembro de 2023.

Também foram utilizadas as respostas à pesquisa de qualidade que os participantes completam a partir de 2014 e as bases de acompanhamento de propostas educativas do CVSP.

Foram empregados dados agregados desprovidos da identidade dos usuários. Utilizou-se uma metodologia para a recuperação e padronização dos dados das profissões dos usuários do Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP) que não se identificaram nas opções de seleção de profissão e inseriram suas ocupações na opção "outros".

Era a intenção caracterizar a oferta de formação regional de cursos de autoaprendizagem (MOOC) do CVSP e sua utilização por parte dos técnicos de saúde dos países das Américas no período compreendido entre 01/01/2018 a 31/12/2023.

Seu objetivo geral foi melhorar a capacidade do CVSP para chegar aos técnicos sanitários com uma oferta formativa adequada às características e necessidades deste quadro de funcionários. Como objetivos específicos buscou-se:

- Analisar o perfil e os itinerários de formação dos técnicos matriculados nos cursos do CVSP em termos sociodemográficos, ocupacionais e por países;
- Caracterizar a oferta e a demanda do CVSP em relação ao perfil dos técnicos em saúde;
- Identificar lacunas e possibilidades de capacitação no CVSP para técnicos de saúde e ajustar e/ou desenhar futuras propostas de acordo com as necessidades dos técnicos.

Esse material foi usado como base para entrevistas com informantes-chave cujo relato foi usado para análise qualitativa.

Enquadre teórico

A análise do uso do Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP) na América Latina requer ser situada em um conjunto de tradições teóricas que excedem o campo estritamente tecnológico ou educativo. De fato, a evidência empírica sugere que o desempenho do campus não pode ser compreendido sem atentar para sua inserção nos sistemas de saúde, nas políticas públicas de formação e nas condições estruturais do trabalho na área de saúde.

Em primeiro lugar, a formação em saúde tem sido reconhecida como um componente constitutivo dos sistemas sanitários e não como uma atividade complementar. A Organização Mundial da Saúde assinalou que o desenvolvimento do pessoal sanitário é um dos pilares fundamentais para garantir a qualidade e a equidade na atenção¹. A partir desta perspectiva, a educação em serviço faz parte da capacidade de resposta do sistema e encontra-se estreitamente vinculada às políticas de recursos humanos.

Este enfoque articula-se com as contribuições de Frenk, que propõe entender os sistemas de saúde como configurações complexas nas quais os processos de formação, financiamento e provisão de serviços encontram-se inter-relacionados².

Neste marco, as intervenções educativas — como o CVSP — só adquirem impacto quando se integram na estrutura funcional do sistema e não quando operam de maneira isolada.

Na América Latina, autores como Rovere aprofundaram esta perspectiva ao enfatizar o caráter social e político dos sistemas de saúde³. A partir deste olhar, a formação não é um processo neutro, mas um espaço onde se configuram relações de poder, legitimam-se saberes e definem-se prioridades. Isto permite compreender por que a existência de políticas explícitas de formação constitui um fator determinante para o uso do CVSP: não se trata simplesmente de disponibilidade de cursos, mas de decisões institucionais sobre que tipo de conhecimento é considerado necessário.

Um segundo eixo teórico relevante refere-se à governança em saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde desenvolveu o conceito de governança colaborativa para descrever sistemas nos quais múltiplos atores — estatais, acadêmicos e internacionais — participam na produção de políticas e na implementação de estratégias formativas⁴. Este enfoque resulta particularmente útil para analisar o papel do nó nacional, entendido como uma instância de mediação entre o nível regional e o nível operacional.

A partir da teoria organizacional, Mintzberg demonstrou que as organizações complexas requerem mecanismos de coordenação que transcendem a hierarquia formal⁵. No caso do CVSP, a articulação entre ministérios, universidades e redes territoriais pode ser interpretada como uma forma de coordenação horizontal que permite sustentar processos formativos para além de estruturas rígidas. Na mesma linha, Senge introduz o conceito de “organizações que aprendem”, destacando a importância de gerar capacidades coletivas de aprendizagem em contextos institucionais⁶. O CVSP pode ser compreendido como um dispositivo que, sob certas condições, contribui para este tipo de dinâmica.

Um terceiro campo teórico-chave é o dos recursos humanos em saúde. Diversos estudos documentaram as desigualdades na distribuição, reconhecimento e formação dos trabalhadores sanitários na América Latina⁷. A predominância da enfermagem no uso do CVSP e a menor participação de outros perfis técnicos podem ser interpretadas à luz destas desigualdades estruturais.

Neste sentido, Starfield sublinhou que a Atenção Primária depende de equipes diversas, mas que nem todos os atores contam com o mesmo acesso a recursos e oportunidades⁸. Esta assimetria reproduz-se nos processos formativos, onde certos grupos alcançam maior integração do que outros. Por sua vez, o enfoque de

determinantes sociais da saúde desenvolvido por Marmot permite ampliar a análise para as condições materiais — como a conectividade ou o tempo disponível — que incidem no acesso à formação⁹.

O campo da educação digital aporta, por sua vez, ferramentas conceituais para problematizar o suposto caráter democratizador das tecnologias. Selwyn adverte que a incorporação de tecnologias na educação não elimina automaticamente as desigualdades, mas pode reproduzi-las se não for acompanhada de políticas específicas¹⁰. De maneira complementar, Warschauer propõe o conceito de “brecha digital ampliada”, que inclui não apenas o acesso a dispositivos, mas também as condições sociais e culturais que permitem um uso significativo das tecnologias¹¹.

No âmbito da educação em saúde, Cook demonstrou que as modalidades de aprendizagem on-line podem ser altamente efetivas, mas seu impacto depende do desenho pedagógico e do contexto de implementação¹². Isto reforça a ideia de que o CVSP não pode ser avaliado unicamente em termos de sua oferta, mas em função das condições nas quais se insere.

Nesta linha, o próprio desenvolvimento conceitual do Campus Virtual de Saúde Pública incorpora um enfoque educativo específico que resulta fundamental para interpretar seus resultados. O CVSP não se concebe unicamente como uma plataforma de distribuição de conteúdo, mas como um ambiente de aprendizagem orientado à prática, centrado em problemas de saúde pública e articulado com as necessidades dos sistemas sanitários¹⁸. Este enfoque baseia-se em princípios de educação permanente em saúde, onde a aprendizagem ocorre em estreita relação com o trabalho, os contextos institucionales e as demandas epidemiológicas.

A partir desta perspectiva, o campus promove modalidades flexíveis, autogeridas e contextualizadas, mas ao mesmo tempo enfatiza a importância de sua integração com processos formativos mais amplos, incluindo tutorias, instâncias colaborativas e articulação com políticas públicas. Isto permite compreender que a efetividade do CVSP não depende exclusivamente de sua arquitetura tecnológica nem da qualidade de seus cursos, mas de sua capacidade de se inserir em dinâmicas de aprendizagem situadas.

Da mesma forma, o enfoque educativo do CVSP reconhece explicitamente a diversidade dos sujeitos de aprendizagem — em particular os técnicos de saúde — e a necessidade de adaptar os conteúdos, linguagens e estratégias pedagógicas às suas trajetórias formativas, condições laborais e contextos territoriais. Esta perspectiva revela-se especialmente relevante para interpretar as desigualdades

observadas no uso do campus, pois evidencia que a acessibilidade não é apenas uma questão de acesso técnico, mas também de pertinência pedagógica.

Neste sentido, o CVSP pode ser compreendido como uma proposta de educação em serviço que busca articular três dimensões: a produção de conhecimento em saúde pública, sua tradução pedagógica e sua implementação nos sistemas de saúde. A tensão entre estas dimensões — quando não conseguem se integrar plenamente — ajuda a explicar por que o campus pode funcionar como ferramenta estratégica em alguns contextos e como recurso periférico em outros.

Do ponto de vista da aprendizagem, as teorias de educação de adultos oferecem elementos fundamentais para compreender os padrões de uso observados. Knowles propõe que os adultos aprendem melhor quando os conteúdos são relevantes para sua prática e respondem a necessidades concretas¹³. Isto permite explicar a alta demanda por cursos vinculados a problemas sanitários específicos. Por sua vez, Wenger introduz a noção de comunidades de prática, onde a aprendizagem ocorre em interação com outros e em contextos reais de trabalho¹⁴. O CVSP pode potencializar estas dinâmicas quando se articula com redes profissionais e territoriais.

Quanto à motivação, a teoria da autodeterminação de Deci e Ryan permite analisar a tensão entre motivações intrínsecas e extrínsecas na formação dos técnicos¹⁵. A evidência sugere que os sistemas que dependem exclusivamente da motivação individual tendem a reproduzir desigualdades, enquanto aqueles que integram a formação na estrutura laboral alcançam maior alcance.

Finalmente, o CVSP pode ser interpretado como uma inovação em saúde pública. A partir da teoria de difusão de inovações, Rogers mostrou que a adoção de novas práticas depende de fatores organizacionais, culturais e sociais¹⁶. No campo da pesquisa em implementação, Greenhalgh aprofundou este enfoque ao analisar como as inovações complexas se integram — ou não — em sistemas reais¹⁷. Estas perspectivas permitem compreender por que o CVSP apresenta desempenhos heterogêneos: não se trata apenas da qualidade da ferramenta, mas das condições que permitem sua adoção e sustentabilidade.

Em conjunto, este marco teórico permite sustentar que o CVSP se situa na interseção entre políticas públicas, governança, estrutura do sistema de saúde, desigualdades sociais e teorias da aprendizagem. Sua análise requer, portanto, um olhar integrado que supere enfoques reducionistas e que permita compreendê-lo como uma intervenção complexa dentro dos sistemas de saúde.

3.3.2 Utilização do CVSP por técnicos de saúde na América Latina: Análise qualitativa de entrevistas

Introdução

Esta pesquisa faz parte do estudo regional sobre a utilização do Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP) da OPAS por parte dos técnicos de saúde que atuam na Atenção Primária / Primeiro Nível de Atenção na América Latina, no período de 2018 a 2023.

O componente qualitativo teve como objetivo:

- ▶ Compreender os fatores que explicam as diferenças de desempenho no uso do CVSP entre países (altos e baixos usuários de cursos por parte dos técnicos);
- ▶ Analisar como os sistemas de saúde, a governança do nodo e as condições de trabalho dos técnicos facilitam ou dificultam o acesso ao CVSP;
- ▶ Identificar boas práticas e sugestões formuladas por referências nacionais e da OPAS para fortalecer a oferta formativa para técnicos de saúde.

Foram analisadas entrevistas em profundidade com informantes-chave da Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, El Salvador, Guatemala e Peru (consultores nacionais, responsáveis pelos nodos, referências de recursos humanos e parceiros acadêmicos) e informantes-chave com vasta experiência na gestão dos nodos do CVSP. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por meio de um codebook integrado, que combina categorias predefinidas e códigos emergentes, aplicando comparação constante entre os países:

- A. Políticas Nacionais e relação com o Estado
- B. Sistema de saúde e estrutura da força de trabalho técnica
- C. Comportamentos de uso dos técnicos de saúde
- D. Fatores facilitadores do uso do CVSP
- E. Fatores dificultadores do uso do CVSP
- F. Boas práticas (Estratégias locais bem-sucedidas)
- G. Sugestões dos entrevistados

Embora as dimensões principais tenham sido definidas a priori, durante a análise emergiram subcategorias como:

- ▶ "A ausência de dados como invisibilização"
- ▶ "A política explícita como condição de realidade"
- ▶ "O Nodo como órgão de tradução"

Esses achados qualitativos foram triangulados com os dados quantitativos do estudo regional (2018-2023) e com a literatura especializada, fortalecendo a validade interpretativa da análise.

A seguir, são apresentados os resultados da análise qualitativa das entrevistas e, em anexo, os textos literais dos entrevistados utilizados na análise e as transcrições das entrevistas.

A. Políticas nacionais e relação com o Estado

A1. Existência ou ausência de políticas explícitas

A análise transversal das entrevistas revela que a existência de políticas formais em relação ao CVSP não é um elemento menor, mas sim um fator estruturante que determina a capacidade real que cada país tem de transformar o campus em uma ferramenta de formação pública sustentada. Onde a política existe — como na Colômbia e no México — o campus se integra não apenas como repositório de cursos, mas como instrumento de política pública. Os entrevistados descrevem esse fenômeno com clareza ao indicar que o Ministério inclui o CVSP em seu portfólio e exige monitoramento periódico. Esse fato, que poderia parecer administrativo, representa na verdade um salto qualitativo: a capacitação deixa de ser uma opção individual e passa a fazer parte do sistema.

De maneira consistente nos casos analisados, a origem do conceito "política explícita" é observada no discurso quando os atores descrevem que ela não

depende mais de vontades pessoais, mas de estruturas. A diferença com países sem política formal é substantiva. Sem obrigatoriedade, não há alinhamento estratégico, não há reitoria. Ali, o CVSP existe, está disponível, mas não opera como política de Estado. E quando a capacitação não está vinculada a decisões institucionais, o resultado é a fragmentação: poucos que se capacitam muito, muitos que se capacitam pouco ou nunca.

“Eu me atrevera a mencionar que não vai tanto pelo boca a boca, mas sim por uma política desde a macrogestão e desde a mesogestão no país que está pelo Ministério da Saúde por dar prioridade a este tipo de evento... Para nós no trópico isso é uma prioridade e o Ministério lhe deu força... inseriram dentro do seu portfólio a nossa oferta do campus.”
Textual Colômbia

O sentido deste conceito pode ser observado em profundidade: uma política explícita converte o campus em infraestrutura formativa do sistema, enquanto sua ausência o rebaixa a ferramenta circunstancial. Não estamos falando de vontade nem de motivação profissional, mas do lugar estrutural que o Estado atribui ao aprendizado. Neste sentido, a política não apenas habilita o uso: ela o torna possível em escala.

"Uma tem a ver com que há uma articulação com a Secretaria de Saúde. Eles às vezes nos dizem 'temos interesse neste tema e queremos fazer um monitoramento da participação'... querem as bases de dados a cada três meses para saber quem está se capacitando... Então acho que é algo conjunto, mas ao mesmo tempo é também o próprio interesse dos profissionais de saúde por receber uma capacitação de qualidade e gratuidade." Textual México

A experiência colombiana e mexicana demonstra isso. Onde a política está escrita, orçamentada, sustentada institucionalmente, os cursos não dependem do entusiasmo individual, mas fazem parte de uma cadeia de produção sanitária. Em termos gerais: políticas formais não apenas ampliam o campus, elas o tornam real.

A2. Articulação com Ministérios e outras instituições

A partir da análise comparativa entre países, a articulação interinstitucional emerge como uma condição-chave para a sustentabilidade do uso do CVSP.

As entrevistas mostram que quando a OPAS articula com um ministério, o campus deixa de ser um ator externo e se integra à governança formativa. No entanto, a

profundidade dessa articulação varia entre os países. O México o faz de forma direta — o nodo dialoga com a Secretaria de Saúde —,

"Nossa relação direta é com a Secretaria de Saúde, que é o órgão reitor do Sistema de Saúde... temos algumas conversas com os outros prestadores, mas realmente nossa colaboração é com a Secretaria de Saúde." Textual México

enquanto a Guatemala incorpora universidades, sociedade civil e redes comunitárias.

"É uma relação muito estreita de trabalho historicamente entre o que é a OPAS e o Ministério, mas neste caso especificamente o Ministério tem uma área de capacitação e formação do seu pessoal... Esta área coordena com todos os parceiros" Textual Guatemala

Este segundo modelo é especialmente interessante porque expande o alcance do campus para além da estrutura ministerial e o converte em um sistema que dialoga com a diversidade institucional do território.

Ao contrário de modelos mais centralizados, como o observado em alguns países, essas configurações em rede permitem maior capilaridade territorial.

Esta dimensão remete ao conceito de governança colaborativa: a ideia de que um ecossistema educativo em saúde se sustenta melhor quando a soberania estatal convive com múltiplos nodos de distribuição formativa. A Colômbia oferece o espelho mais claro: um sistema com descentralização e múltiplas sedes universitárias. Não é uma estrutura hierárquica simples, mas sim uma rede. Quanto maior o número de atores ancorados territorialmente, maior a capilaridade formativa.

"Estamos ampliando essa aliança com as universidades, especificamente com a Universidade San Carlos, com quem estamos trabalhando um memorando de entendimento... e atores da sociedade civil..." Textual Guatemala

"Preparou-se este curso com duas universidades em específico, foi disponibilizado no campus, capacitou-se os professores, os docentes..." Textual El Salvador

De maneira consistente nos relatos, coloca-se que a articulação não é apenas técnica, mas também política e simbólica. Quando universidades, ministérios e

OPAS reconhecem o campus como ferramenta comum, a formação deixa de ser um bem discricionário para se tornar um bem coletivo. Isso explica por que países com articulação ampla sustentam processos formativos mesmo com mudanças de gestão. A articulação, em seu alcance mais profundo, é um mecanismo de sobrevivência institucional da aprendizagem.

A3. Priorização sanitária como motor do conteúdo

A análise mostra de maneira consistente que os cursos são utilizados em função de sua relevância epidemiológica: Dengue, saúde mental, HEARTS, APS e atenção materno-neonatal não emergem como temas arbitrários. São condições que representam carga sanitária real e, portanto, geram demanda formativa. A pandemia expôs esse mecanismo de forma extrema: quando a urgência sanitária se torna massiva, a formação também deve ser.

"Também temos o tema de saúde mental, aí se desenvolveram vários cursos nacionais... Inclusive HEARTS, que está na ampliação da estratégia no país... o que fizemos foi clonar os três cursos da estratégia HEARTS para o nó nacional como pedido da Secretaria de Saúde." Textual México

"Prioridade do nosso país... a prevalência, a incidência... nesse sentido, o curso responde a essas necessidades próprias do país... uma política bem estruturada... O Instituto Nacional de Saúde tem sido um dos aliados fundamentais... inseriram dentro do seu portfólio a nossa oferta do campus." Textual Colômbia

Os testemunhos permitem interpretar que o CVSP funciona mais como uma plataforma de resposta sanitária do que como um catálogo formativo. Países como México e Colômbia mostram como, quando um problema é crítico (dengue, suicídio, atenção primária), o Estado orienta o olhar para cursos já existentes ou demanda adaptações. O campus funciona então como plataforma de resposta pública.

"No caso do Peru... o mais utilizado dos cursos tem sido o de diagnóstico e manejo clínico da dengue..." Textual Peru

Em termos analíticos, o uso do campus segue a lógica da carga de doença: a demanda formativa se alinha com a demanda assistencial. Essa relação permite

compreender o CVSP como parte do sistema de resposta sanitária e não apenas como dispositivo pedagógico.

Isso permite projetar que, se os países conseguirem consolidar políticas formativas, o campus poderá se tornar um instrumento antecipatório, não apenas reativo: formar antes que estoure uma crise sanitária e não como consequência dela.

A4. Mudanças de gestão como fator de descontinuidade

A instabilidade política emerge de forma transversal como fator de descontinuidade. Os relatos coincidem que as mudanças de gestão afetam a sustentabilidade das iniciativas formativas, especialmente quando estas não estão institucionalizadas.

Quando a formação não está institucionalizada, mas baseada em projetos, equipes ou momentos históricos, ela desaparece quando desaparece a equipe que a sustentava. Esse fenômeno é confirmado em entrevistas de múltiplos países: as mudanças de gestão afetam não porque alteram a vontade técnica, mas porque quebram a continuidade operativa e o financiamento.

Em um plano mais amplo, pode-se afirmar que a formação em saúde não pode depender do calendário político. Ela precisa de instituições e não de funcionários, de políticas e não de pessoas, de estruturas e não de ciclos. Enquanto a capacitação for frágil diante da mudança administrativa, não poderá ser sustentada nem expandida. O campus cresce onde a política não se interrompe e estagna onde a administração é reiniciada a cada governo.

B. Sistema de saúde e estrutura da força de trabalho técnica

B1. Configuração da força de trabalho técnica

Os dados qualitativos, em coerência com a evidência quantitativa do estudo 2018-2023, mostram um claro predomínio da enfermagem no uso do CVSP, enquanto os técnicos de laboratório, farmácia, radiologia ou agentes comunitários aparecem em proporções menores. Isso não é acaso estatístico, mas um reflexo de como os países latino-americanos construíram historicamente sua pirâmide operativa do cuidado sanitário. A enfermagem ocupa um lugar central na prestação de serviços e, ao mesmo tempo, tem tradição formativa prévia e capital simbólico profissional. O acesso ao Campus reflete essa ordem estrutural.

No México encontramos cifras explícitas que o refletem com clareza:

"84,4% são enfermagem; depois laboratório 2,8% e comunitários 2,7%." Textual México

"Do total de usuários do Peru, 8,79% são técnicos..." Textual Peru

Esse padrão se repete em múltiplos países e reflete a estrutura histórica do sistema de saúde. Tal como se observa nos testemunhos, a participação está condicionada pelo reconhecimento normativo dos papéis técnicos.

"Existem os técnicos, mas... técnico de laboratório, radiologia, hemoterapia é difícil encontrar no terreno exclusivo da APS... quando ampliamos para o primeiro nível... hospitais locais... aí sim começam a aparecer... talvez seja aí que devêssemos apontar para uma chegada a esses técnicos nessas áreas mais locais." Textual Argentina

Isso permite interpretar que o CVSP não apenas distribui formação, mas reproduz a estrutura ocupacional existente.

A participação no CVSP está condicionada pela estrutura laboral, não apenas pela existência de cursos. Onde a categoria técnica é formalmente reconhecida, a formação tem um sujeito que a recebe. Onde não existe como figura normativa, produz-se uma exclusão silenciosa: não há registro, não há métricas, não há estratégia.

Isso convida a considerar que a adoção do CVSP não é simplesmente uma questão de oferta educativa, mas de identidade profissional. Forma-se quem é reconhecido e quem tem trajetórias laborais que valorizam a formação. Por isso a enfermagem escala e cresce. Por isso o técnico comunitário fica distante ou entra de forma fragmentária.

B2. Desigualdades territoriais

A análise das entrevistas mostra de maneira consistente a existência de barreiras territoriais vinculadas à conectividade, infraestrutura e tempo disponível.

Não é homogênea a possibilidade de acesso à formação: as zonas rurais, indígenas, de fronteira ou florestais apresentam maiores barreiras tecnológicas, de

conectividade e de tempo protegido para se capacitar. A formação digital não elimina desigualdades; ela as revela.

O Paraguai expressa isso com uma clareza quase visual:

"Comecei como médico no Chaco paraguaio... zona rural com comunidades indígenas... e a conectividade é um problema para acessar cursos." Textual Paraguai

A mesma estrutura é observada na Guatemala, Peru, El Salvador e México. Não se trata de falta de interesse profissional, mas de infraestrutura social: onde não há conectividade estável, não há campus possível.

Em termos analíticos, a virtualidade não democratiza por si só; ela o faz apenas quando existe o suporte material que habilita a conectar-se e, além disso, quando existe tempo formal de capacitação reconhecido pelo empregador. Onde a consulta clínica é contínua e sem pausas, onde não há substituição formal para se capacitar, a formação fica relegada a instâncias noturnas, domiciliares e fragmentadas.

Essa interpretação é reforçada pelos dados comparativos regionais, que evidenciam menores níveis de participação em zonas com maiores brechas de conectividade.

"O Paraguai tem uma possibilidade de crescimento importante. Em termos de conectividade, existe uma problemática de conectividade na área rural para acessar este tipo de curso?" Textual Paraguai

Dessa análise pode-se depreender que a expansão territorial do CVSP não depende do campus, mas do Estado. A plataforma serve, mas não basta. Para alcançar equidade formativa para técnicos de saúde, os países deverão assumir que a conectividade é recurso sanitário, tanto quanto a água, os insumos ou o pessoal.

B3. Cultura de formação contínua

A cultura de formação não surge espontaneamente; ela se constrói. Em El Salvador aparece uma narrativa particularmente reveladora:

"Existe cultura de formação contínua, mas o recurso deve buscar como se formar... o Ministério usa modalidade híbrida para assegurar competências." (El Salvador)

O que este texto mostra é que a formação contínua convive em tensão entre a vontade individual e a obrigação institucional. Os países onde a formação é um requisito formal (como na Colômbia) mostram sustentabilidade. Em contrapartida, onde depende da vontade individual, a cobertura é irregular e a desigualdade se reproduz: capacitam-se aqueles que já estão formados, permanecem excluídos aqueles que mais precisam.

Isso leva a repensar um conceito-chave: a formação contínua só se torna política pública quando não depende da vontade do trabalhador, mas se integra ao ciclo produtivo do sistema de saúde. Não basta querer se capacitar; é preciso poder.

"Há outra cultura de formação contínua que se faz mediante o tema de oficinas... a presencialidade começou a ser adotada porque... na virtualidade eu ligo minha câmera... e nem sempre é efetiva" Textual El Salvador

Em um plano mais amplo, pode-se afirmar que a cultura formativa requer institucionalidade que a sustente. Se a capacitação não está integrada como responsabilidade laboral, sua prática fica sujeita a recursos pessoais, tempo livre, apoio local ou interesse individual. A vontade por si só nunca gerará cobertura massiva. A cobertura é produto de política, não de desejo.

C. Fatores que facilitam o uso do CVSP

C1. Gratuidade como condição habilitante

A gratuidade aparece como consenso transversal. Nenhum país questiona seu valor. No entanto, a evidência demonstra que a gratuidade, embora necessária, é insuficiente. Pode remover a barreira econômica, mas não elimina a desarticulação institucional, a falta de conectividade ou o desconhecimento do campus. Portanto, não produz uso por si só; apenas abre o portal de entrada.

"...receber capacitação de qualidade e gratuidade..." (México)

Tal como emerge de múltiplas entrevistas, pode-se entender que a gratuidade funciona como condição habilitadora, mas não como motor. É uma chave que abre a porta, mas se atrás da porta não houver política, não houver monitoramento, não houver relevância temática, a chave não gera trânsito. O crescimento sustentado do CVSP não emerge porque é gratuito, mas porque tem sentido sanitário e legitimidade institucional.

C2. Confiança institucional (Marca OPAS/OMS)

A marca OPAS opera como certificação de qualidade epistemológica e como blindagem contra conteúdo não confiáveis. Nenhum país solicita validação externa quando sabe que o curso provém da OPAS. Aí reside a potência simbólica do campus. A confiança não é um acessório: é o que transforma um curso virtual em política institucional.

Quando um entrevistado diz:

"Quando sabemos que algo vem da OPAS, confia-se mais em usá-lo." (México)

Não está descrevendo uma opinião, está descrevendo uma estrutura cognitiva: OPAS é conhecimento confiável, portanto, CVSP é confiável.

Em termos analíticos, isso é enorme. Significa que o campus não é apenas um repositório: é um marco epistêmico continental. Quando os países carecem de recursos próprios, o campus funciona como substituto da produção acadêmica nacional. Quando os países têm produção, o campus funciona como plataforma de escala. Em ambos os casos, a OMS-OPAS outorga legitimidade formativa que nenhum país individual pode gerar de forma equivalente.

C3. Adaptação de cursos às necessidades nacionais

O México expressa um modelo avançado de nacionalização formativa:

"...a HEARTS... o que fizemos foi clonar esses cursos. Por isso também perguntava se eram resultados regionais, porque o que fizemos foi clonar os três cursos da estratégia HEARTS para o nodo nacional como pedido também da Secretaria de Saúde..." Textual México

Isso não é tradução, é política de adaptação. A clonagem implica que o curso deixa de ser regional e se torna próprio. Essa apropriação modifica o vínculo com o campus: já não é plataforma externa, é extensão do Ministério.

Vários testemunhos permitem observar que a nacionalização é um elo que pode tornar o campus sustentável. Enquanto os cursos continuarem sendo conteúdos

externos, o campus será útil, mas não necessário. Quando os cursos se tornam nacionais, o campus se torna parte do Estado. Essa transição, observada com clareza apenas no México e parcialmente no Brasil e na Colômbia, é provavelmente a variável mais promissora para consolidar o CVSP como infraestrutura pública de formação técnica.

C4. Difusão, monitoramento e comunicação

O uso do campus cresce quando se comunica, se monitora e se retroalimenta. Quando não há monitoramento, o campus existe, mas não circula. O Paraguai expressa isso com clareza operativa:

"O campus oferece monitoramento regular... acompanhamento próximo com o Ministério."

Enquanto o México demanda:

"Queremos bases trimestrais para saber quem se capacita e onde."

A difusão não é campanha de comunicação: é política de acompanhamento. O que não se mede, não cresce.

C5. Cursos autoadministrados e flexibilidade

A modalidade autoadministrada permite tornar possível o que a presencialidade não podia: formar sem retirar pessoal do território. Essa mudança não é logística, é cultural. A flexibilidade horária permite que a formação se integre em agendas laborais fragmentadas, especialmente para técnicos com múltiplos empregos ou carga familiar.

A verdadeira potência do autoadministrado não está no conforto, mas em sua capacidade democratizadora se existir conectividade. Onde o curso entra em casa, a formação se torna íntima, privada e autônoma. Surge não apenas um trabalhador formado, mas um sujeito que se assume capaz de aprender por si mesmo. Isso, em um continente de desigualdade estrutural, é transformador.

D. Fatores que dificultam a utilização do CVSP

D1. Idioma

A dimensão do idioma aparece de forma mais explícita no Brasil, mas seu significado transcende o meramente linguístico. Não é apenas que "faltam cursos em português": o problema do idioma mostra como a hegemonia do espanhol na região e do inglês na produção científica pode deixar certos coletivos técnicos em uma posição sistemática de desvantagem.

Quando uma entrevistada brasileira aponta que:

"Há poucos cursos que tenham, pelo menos, português interconectado... precisamos avançar para que isso esteja disponível..."

não está descrevendo um detalhe técnico, está apontando uma forma de desigualdade epistêmica: há conhecimento disponível, mas não acessível na língua de trabalho cotidiano. A carga cognitiva de estudar em outro idioma é sempre maior para aqueles com trajetórias educacionais mais frágeis ou experiências prévias de fracasso escolar. Para técnicos com menor capital acadêmico, pedir que se formem em uma segunda língua é, na prática, uma barreira oculta.

De um ponto de vista mais profundo, o idioma funciona como um filtro de quem pode se apropriar do CVSP e quem não pode. A formação em saúde, além de transmitir conteúdos clínicos e de APS, exige segurança subjetiva no uso da linguagem. Um curso em língua estrangeira reforça a sensação de que "o conhecimento vem de fora" e de que o próprio país ou a própria língua não produzem saber legítimo. Desse modo, o idioma não é apenas um problema de compreensão, mas também de identidade e pertencimento no campo do conhecimento em saúde.

Em termos gerais, a barreira idiomática não é marginal nem local. É uma expressão concreta de como a infraestrutura formativa regional está mais adaptada a certos grupos (profissionais, hispano falantes, com trajetória acadêmica prévia) e menos a outros (técnicos, luso falantes, falantes de línguas indígenas). Qualquer política de equidade formativa deverá tomar o idioma não apenas como requisito de tradução, mas como variável estrutural de justiça educativa em saúde.

D2. Falta de articulação institucional

A ausência de articulação institucional aparece repetidamente. As pessoas entrevistadas descrevem cenários onde o CVSP "está", mas ninguém tem o mandato claro de fazê-lo circular, integrá-lo aos programas, vinculá-lo à formação técnica ou às metas sanitárias. Uma entrevistada resume assim:

"Não há uma instância que coordene de forma sistemática quais cursos do campus devem ser promovidos."

Essa frase é chave porque mostra que a barreira não é de oferta (os cursos existem), nem de interesse (há demanda potencial), mas de governança. Na ausência de uma instância que articule, cada programa, cada direção ou cada pessoa promove o que considera oportuno. Isso gera uma oferta fragmentada, sem coerência de conjunto, que muitas vezes depende do entusiasmo de atores particulares mais do que de uma política definida.

"Na Argentina, nem a Educação... nem o Ministério da Saúde focam na difusão do campus virtual como uma ferramenta formativa." Textual Argentina

O conceito de "articulação institucional" tem aqui um sentido muito concreto: refere-se à capacidade de conectar três planos que no discurso emergem separados:

- ▶ As prioridades sanitárias (dengue, saúde mental, APS etc.);
- ▶ A formação técnica;
- ▶ O CVSP como ferramenta disponível.

Nos países com boa articulação (Colômbia, México, em parte Guatemala e El Salvador), esses três planos se cruzam: quando há um problema (por exemplo, um aumento de casos de dengue), o ministério recorre ao campus, seleciona cursos pertinentes, comunica às redes regionais e monitora a participação. Nos países sem articulação, em contrapartida, o problema existe, o campus também, mas ninguém realiza sistematicamente essa ponte.

"Então, é esse campo de disputa que é grande... há um nodo que está em uma página, mas não está..." Textual Brasil

O alcance dessa barreira é profundo: sem articulação, a plataforma fica subsumida a usos "artesaniais", pontuais, muitas vezes invisíveis a nível de sistema. A falta de

coordenação não apenas limita o uso, mas dificulta gerar evidência sobre impacto, porque não há um projeto comum a ser avaliado. Portanto, não há política educativa sem articulação, e a ausência de articulação funciona como uma espécie de "despolitização silenciosa" da formação em serviço.

D3. Fragilidades do nodo nacional

A figura do "nodo nacional" aparece explicitamente no Brasil, México, Colômbia e alguns outros países, mas com níveis de desenvolvimento muito desiguais. No discurso das pessoas entrevistadas, o nodo não é apenas um site ou uma instância formal, mas um espaço onde se decide o grau de apropriação nacional do campus.

Quando uma referência afirma que:

"Há poucos cursos que estejam efetivamente disponíveis no nodo, embora existam no campus regional..."

isso evidencia que a existência técnica do nodo não garante seu funcionamento efetivo. Um nodo fraco é aquele que não traduz, não clona, não adapta, não comunica e não monitora. Em outras palavras, um nodo que não faz as tarefas de mediação necessárias para que o CVSP deixe de ser algo "de fora" e se converta em uma ferramenta do país.

Essas fragilidades se manifestam de várias maneiras:

- ▶ Atrasos na incorporação de cursos relevantes;
- ▶ Falta de clareza sobre o que está ativo e o que não está;
- ▶ Ausência de estratégias de difusão;
- ▶ Escassa capacidade de resposta diante de demandas das áreas técnicas.

Nesse contexto, mesmo países com alta produção em saúde podem exibir um Nodo frágil se a estrutura institucional não lhe atribuir recursos e autoridade.

Esse papel pode ser conceituado como uma categoria emergente: o nodo como órgão de tradução entre o nível regional e o nível operativo. O Nodo nacional é o órgão de tradução política e pedagógica do campus. Se esse órgão é fraco, todo o corpo formativo sofre. Não é apenas um problema técnico, mas orgânico: sem nodo robusto, a circulação do conhecimento entre o nível regional (OPAS) e o nível operativo (equipes de saúde) torna-se errática e desigual.

"O Nodo existe... mas não está operativo plenamente."

Isso ilustra um fenômeno crucial: o Nodo não é um site nem um acesso, é um organismo vivo, e se não for alimentado com tradução, cursos, monitoramento e apoio técnico, ele se desvanece em uma existência nominal.

D4. Falta de dados e monitoramento interno

A ausência de sistemas de monitoramento aparece como uma limitação transversal. Os relatos coincidem que a falta de dados dificulta o planejamento e a tomada de decisões. Não porque impeça diretamente a formação — classificar usuários não melhora instantaneamente seu aprendizado —, mas porque sem dados não é possível planejar, governar nem defender o investimento formativo.

Em várias entrevistas aparece o reconhecimento dessa carência. Por exemplo, quando se admite:

"É difícil identificar quantos técnicos realmente o usam."
Textual Argentina

ou quando se aponta que os Excel com informações são enviados para uma área pontual do ministério, mas não para todas as instâncias que deveriam usar esses dados para a tomada de decisões.

"Excel que contém toda a informação... era enviado ao programa da dengue... esta entrevista me acende um alerta de que temos que enviar para mais de uma instância..."
Textual Paraguai

A consequência dessa falta de monitoramento é dupla. Por um lado, impede identificar brechas críticas: não se sabe quais regiões têm menor participação, quais coletivos profissionais estão sub-representados ou quais cursos obtêm melhor retenção de técnicos. Por outro lado, fragiliza a capacidade de argumentar a favor de políticas mais ambiciosas de formação. Em um contexto de orçamentos apertados, o que não pode ser demonstrado em cifras e resultados tende a ser desvalorizado frente a outras prioridades mais visíveis.

Essa interpretação deu origem a uma categoria emergente da análise: a ausência de dados como forma de invisibilização. A invisibilidade dos técnicos não é apenas histórica, mas também estatística. Sem dados, a formação não pode se tornar política pública baseada em evidência.

Se não há indicadores desagregados por categoria profissional, a formação de técnicos se dilui em um "todo sanitário" que geralmente é dominado por médicos e licenciados. Assim, o CVSP corre o risco de reforçar essa invisibilidade se não forem construídos indicadores que coloquem no centro aqueles que se busca fortalecer.

A ausência de dados é a forma moderna de invisibilização.

Em termos gerais, o monitoramento interno não é um "extra" administrativo, mas uma condição para que o CVSP possa se tornar política pública baseada em evidência. Sem dados, temos apenas boas intenções dispersas.

D5. Falta de articulação institucional

A falta de articulação institucional emerge como uma das barreiras mais consistentes na análise. Tal como surge de múltiplas entrevistas, o problema não reside na oferta de cursos, mas na ausência de uma instância que conecte prioridades sanitárias, formação técnica e uso do campus.

A ausência de estratégia nacional não é falha operativa: é um vazio político. Quando não há articulação, cada área promove o que considera relevante e a formação se atomiza. O campus deixa de ser sistema e se converte em catálogo.

"Não há uma instância que coordene quais cursos promover."

Assim, pode-se entender que a coordenação não é um detalhe técnico, mas a própria condição que define se existe política educativa ou apenas oferta dispersa.

E. Comportamentos de uso

E1. Cursos mais demandados: padrões de demanda e sentido sanitário

A concentração de matrículas em certos cursos — higiene das mãos, dengue, saúde mental, HEARTS, cuidado paliativo, materno-neonatal — não responde a preferências abstratas, mas à interseção entre agenda sanitária, oportunidade formativa e acessibilidade pedagógica.

Em várias entrevistas, constata-se que os cursos mais utilizados são aqueles que respondem a problemas clínicos que as equipes enfrentam cotidianamente: o surto de dengue, a pressão social em torno da saúde mental e do suicídio, a necessidade de manejo adequado do risco cardiovascular ou a prioridade de

reduzir a mortalidade materno-neonatal. Quando um entrevistado no Peru indica que "o mais utilizado tem sido o curso de diagnóstico e manejo clínico da dengue" ou no México se destaca o peso da saúde mental, o que se está mostrando é uma convergência entre demanda assistencial e oferta formativa.

Isso sugere que os técnicos não escolhem qualquer curso nem se comportam como "consumidores livres" de capacitação, mas como profissionais que atuam em um campo condicionado por fatores clínicos e organizacionais. É mais fácil que uma equipe se motive a cursar conteúdos que percebe como diretamente conectados com sua prática cotidiana e com riscos concretos — um surto epidêmico, uma situação crítica de saúde mental na comunidade, a pressão por cumprir indicadores de um programa de crônicos — do que aqueles mais abstratos ou distantes de sua prática

Isso sugere que os técnicos não escolhem qualquer curso nem se comportam como "consumidores livres" de capacitação, mas como profissionais que atuam em um campo condicionado por fatores clínicos e organizacionais. É mais fácil que uma equipe se motive a cursar conteúdos que percebe como diretamente conectados com sua prática cotidiana e com riscos concretos — um surto epidêmico, uma situação crítica de saúde mental na comunidade, a pressão por cumprir indicadores de um programa de crônicos — do que aqueles mais abstratos ou distantes de sua prática.

De um ponto de vista pedagógico, a alta demanda de certos cursos indica onde o CVSP se posicionou com maior pertinência. Mas também mostra onde poderia ser aprofundada a oferta: naqueles temas onde a carga problemática é grande, mas a presença de cursos ainda é limitada, ou onde a participação técnica é baixa apesar da relevância do problema.

A análise mostra que os técnicos não utilizam o CVSP de maneira aleatória, mas guiados por necessidades concretas de sua prática.

De maneira consistente entre países, os cursos mais demandados respondem a problemas sanitários prioritários, o que reforça a ideia de que o campus opera como ferramenta de resposta sanitária.

E2. Perfil do usuário técnico

O perfil do usuário técnico que efetivamente acessa o campus não coincide necessariamente com o ideal político de quem se deseja formar. Nos dados e

testemunhos aparece repetidamente que o predomínio corresponde à enfermagem, seguida por técnicos de laboratório, agentes comunitários e outras categorias minoritárias.

Esse dado obriga a trabalhar com uma dupla leitura. Por um lado, confirma que a enfermagem é o "sujeito forte" da formação em saúde na região: trata-se de um coletivo com tradição de profissionalização, vinculado historicamente a espaços de atualização, muitas vezes com mandatos explícitos de formação contínua. Por outro lado, revela que a política declarada de "fortalecer os técnicos" ainda não se traduz plenamente em participação equilibrada na formação digital.

Ou seja: o sujeito que o CVSP efetivamente alcança não é exatamente o mesmo que o discurso político diz centralizar. Os técnicos de APS, de saúde comunitária, de laboratório ou de apoio domiciliar aparecem, mas em proporções menores. Distintas entrevistas mencionam que, por exemplo, "os trabalhadores comunitários nem sempre têm acesso estável às plataformas", ou que a categoria técnica diretamente nem sequer consta na normativa, como no Equador.

Isso leva a uma interpretação crítica: o CVSP está contribuindo para reforçar a formação daqueles que já tinham alguma trajetória de reconhecimento profissional (enfermagem), enquanto continua sendo mais fraca a chegada àqueles coletivos historicamente mais invisíveis. Daí que a questão não seja apenas melhorar a oferta, mas revisar quais condições materiais, contratuais e simbólicas os técnicos necessitam para se tornarem usuários plenos do campus.

E3. Motivações pessoais

As motivações que levam os técnicos a se inscrever e concluir cursos combinam componentes internos e externos. Nos relatos aparece, por um lado, a formação como exigência institucional — "os supervisores pedem", "é requisito para certos programas" — e, por outro, como interesse intrínseco — "as pessoas querem se capacitar; o problema é o tempo" —.

Essa mistura produz perfis diversos:

- ▶ Quem cursa fundamentalmente para cumprir um requisito (o que pode estar associado a maior desistência se o curso não se vincular à prática real);
- ▶ Quem se inscreve por interesse genuíno no tema;
- ▶ Quem aproveita cursos porque oferecem um plus em termos de empregabilidade futura.

"Sabemos que a obrigatoriedade nem sempre desperta o interesse das pessoas em aprender. No entanto, sabemos que muitas pessoas que não são obrigadas provavelmente nunca vão querer atualizar seus conhecimentos em certas competências." Textual Paraguai

A motivação extrínseca (cumprir com o exigido) não é em si negativa: pode funcionar como um gatilho para que pessoas que nunca teriam se aproximado da formação virtual o façam pela primeira vez. O problema aparece quando essa obrigação não é acompanhada de condições de possibilidade (tempo na jornada, apoio técnico, relevância percebida). Então a exigência é vivida como carga adicional, não como oportunidade.

A motivação intrínseca, por sua vez, tende a produzir experiências mais satisfatórias, mas corre o risco de se concentrar naqueles que já estão mais formados ou mais seguros de sua capacidade de estudar. Se o sistema se apoiar exclusivamente na motivação pessoal, pode acabar reforçando desigualdades preexistentes: os mais motivados continuam se capacitando, os menos inclinados ou com mais barreiras ficam de fora.

A chave, a partir dessa leitura, é gerar ambientes motivacionais híbridos, onde a instituição marque a importância (e em certos casos a obrigatoriedade) da formação, mas ao mesmo tempo ofereça um sentido claro e condições dignas para que cursar não seja um fardo, mas parte reconhecida do trabalho.

F. Estratégias bem-sucedidas

F1. Descentralização do Nodo

Embora nas entrevistas nem sempre se descrevam em detalhe o trabalho com as universidades do modelo colombiano, emergem elementos suficientes para reconstruir o conceito de descentralização como estratégia bem-sucedida. A Colômbia aparece como o caso em que o campus está mais integrado à resposta sanitária territorial: o Instituto Nacional de Saúde, os nodos regionais, as universidades e o ministério atuam de forma coordenada.

"O Instituto Nacional de Saúde tem sido um dos aliados fundamentais... inseriram dentro do seu portfólio a nossa oferta do campus. Eles vão território por território mostrando as análises e a vigilância epidemiológica. E ali mesmo se forma as pessoas: identificam o problema e conectam com o curso específico." Textual Colômbia

Quando se descreve que o INS "vai território por território mostrando a vigilância epidemiológica e, ao mesmo tempo, conectando com cursos específicos do campus", o que se mostra é uma forma de governança em rede: a informação epidemiológica não se limita a produzir relatórios, mas sim desencadeia ações formativas concretas. Nessa lógica, o campus é uma peça a mais de um circuito que vincula dados de saúde, atores territoriais e oferta de capacitação pertinente.

"A força na Colômbia é a capacidade de trabalhar com as redes regionais. Isso faz com que a informação não fique apenas em Bogotá. Há nodos fortes nas universidades e isso permite que o campus chegue aonde antes era difícil."

"Os departamentos já têm claro que devem reportar a demanda de capacitação. Isso facilita que os cursos sejam oferecidos rapidamente." Textual Colômbia

A descentralização, nesse contexto, não significa que "cada um faz o que quer", mas sim que muitos atores executam uma política comum. O nodo nacional não opera como centro único, mas como coordenador de múltiplos nodos subnacionais. Essa arquitetura distributiva parece ser uma das chaves do alto desempenho colombiano em termos de participação técnica: há muitas portas de entrada, muitos interlocutores que recomendam, obrigam ou acompanham a formação.

F2. Clonagem e nacionalização de cursos

No México e em El Salvador, a decisão de clonar cursos como HEARTS para o nodo nacional marca um ponto de inflexão. Significa que o país não apenas usa conteúdos produzidos pela OPAS, mas os adota como parte de sua própria arquitetura de formação: pode ajustar materiais, emitir certificados, coletar dados, adaptar exemplos e garantir alinhamento com suas normas.

"Clonamos outros cursos para contextualizá-los ao território mexicano. Não é apenas traduzir ou copiar: nós os adaptamos com exemplos, situações clínicas e protocolos do país." Textual México

Essa "nacionalização" de conteúdos torna o CVSP algo mais do que uma plataforma externa. Do ponto de vista das equipes técnicas, receber um curso que está hospedado em um nodo nacional — respaldado pela autoridade sanitária do país — reforça sua legitimidade e sua pertinência. Deixa de ser "mais um curso na

internet" e se transforma em capacitação oficial, com valor interno para a carreira ou para a acreditação de programas.

"O Brasil tem muitos cursos em português, mas nem todos estão no nodo. Precisamos avançar para que esses cursos estejam disponíveis. Quando os cursos estão em português, o acesso aumenta enormemente." Textual Brasil

O Brasil, embora com dificuldades de implementação do nodo, também reconhece a importância de dispor de cursos adaptados ao português, o que sugere uma direção de trabalho similar. Em ambos os casos, a clonagem aparece como estratégia de apropriação política do campus: não se trata apenas de traduzir, mas de disputar o sentido de quem convoca, quem certifica e quem define prioridades.

"Houve cursos regionais que adaptamos ao nosso contexto. Não todos, mas alguns nós os trabalhamos com nossas universidades para que respondessem a necessidades locais." Textual El Salvador

F3. Alianças institucionais com escolas de saúde pública e redes profissionais

Guatemala, El Salvador e Colômbia ilustram como as alianças com universidades e redes profissionais potencializam o uso do campus, especialmente em momentos críticos como a pandemia. Ao trabalhar com universidades, as equipes do campus conseguem que os cursos se integrem não apenas na formação em serviço, mas também em currículos formais ou especializações, o que amplia seu alcance e sua estabilidade no tempo.

"A rede DECAP trabalha com todos os parceiros estratégicos... Isso facilita que os cursos cheguem ao território." Textual Guatemala

"Preparou-se este curso com duas universidades em específico... capacitou-se os docentes e depois eles replicaram os conteúdos em modalidade mista. Isso fortaleceu o uso do campus." Textual Guatemala

Quando se menciona que "se preparou um curso com duas universidades, capacitou-se docentes, e depois se replicou em modalidade mista", está se descrevendo algo mais do que uma experiência pontual: é a construção de cadeias de formação, onde o conhecimento que chega do CVSP é recontextualizado, complementado e se torna objeto de ensino em outros níveis de formação.

"No Paraguai trabalhamos com as unidades de saúde da família e com as direções regionais. Quando as regiões se envolvem, os cursos têm mais sucesso. A chave é que o território se aproprie." Textual Paraguai

As redes profissionais (de enfermagem, APS, saúde comunitária) cumprem um papel similar. Onde existem redes ativas, o campus encontra canais de difusão legítimos. Não se trata apenas de enviar e-mails institucionais, mas de ativar referências horizontais: "faça este curso, para nós serviu". Esse tipo de recomendação entre pares é particularmente importante para técnicos que confiam mais na experiência concreta de colegas do que em mensagens abstratas de instituições distantes.

F4. Uso estratégico do campus como ferramenta de política pública

A Colômbia volta a aparecer como exemplo neste eixo. Quando o INS incorpora cursos do campus como parte de sua resposta a problemas específicos (como a dengue), o que faz, em termos analíticos, é transformar o CVSP em um braço operativo da política de saúde, e não apenas em um repositório de opções formativas:

"O Instituto Nacional de Saúde... vai território por território... mostram a vigilância epidemiológica e ao mesmo tempo formam as pessoas. Isso é política pública em ação: pesquisa, vigilância e capacitação juntas."

"O curso de dengue se tornou parte estrutural da resposta do país. Não é opcional: é parte do sistema." Textual Colômbia

Aqui o campus não é curso; é política sanitária operativa. Esse é o teto possível da plataforma.

México, Guatemala e El Salvador também se aproximam desse modelo quando clonam HEARTS e o integram à sua estratégia nacional de controle de doenças crônicas. Nesses casos, o campus deixa de ser acessório; se torna parte da "caixa de ferramentas" da política sanitária. As decisões sobre qual curso impulsionar já não dependem apenas do "que está disponível", mas daquilo que o país decidiu priorizar como intervenção sanitária, com metas e indicadores definidos.

"Os temas que priorizamos dependem da agenda nacional. Quando a Secretaria de Saúde declara um tema prioritário,

isso se reflete imediatamente no campus. Por isso clonamos HEARTS e os cursos de saúde mental." Textual México

"O Ministério utiliza o campus como parte de sua estratégia de formação contínua. Não o substitui, mas o institucionaliza como um componente da política de recursos humanos." Textual Guatemala

A implicação desse movimento é enorme: se o CVSP se tornar ferramenta de política, sua sustentabilidade aumenta, seu impacto se torna mensurável, e seu lugar na agenda deixa de estar supeditado a modismos ou projetos temporários. A chave aqui não é apenas que existam bons cursos, mas que o Estado os integre explicitamente em seus circuitos de implementação, supervisão e avaliação de programas.

G. Pandemia como acelerador estrutural

A pandemia habilitou algo maior do que o aumento de cursos: habilitou a compreensão social de que a aprendizagem remota é possível e necessária. O México expressa isso com clareza:

"Depois da pandemia teve um boom tanto da educação virtual quanto da saúde mental."

O salto não foi tecnológico, mas cultural.

Quando um continente inteiro descobre que pode aprender sem estar presente, o campo formativo muda para sempre.

G1. Aceleração do uso do CVSP

A pandemia de COVID-19 funcionou, em todo o continente, como um gigantesco experimento forçado de virtualização da vida, e a formação em saúde não foi exceção. As entrevistas coincidem em uma narrativa clara: o uso do CVSP se multiplicou durante esse período, tanto por necessidade sanitária (capacitação urgente em temas específicos) quanto pela impossibilidade de sustentar práticas presenciais.

No México, por exemplo, descreve-se um "boom" simultâneo da educação virtual e dos temas de saúde mental. Na Guatemala, observam-se curvas de usuários que disparam durante a pandemia e depois sustentam um nível mais alto do que o da

etapa pré-pandêmica. Esses dados qualitativos e quantitativos sugerem que a pandemia não apenas incrementou a quantidade de usuários, mas modificou representações sobre o que é possível em termos de formação: ninguém mais vê como estranho, depois dessa experiência, que os técnicos se formem online, nem que a capacitação em grande escala seja canalizada por plataformas virtuais.

"A pandemia de COVID-19 nos ensinou a importância de ter pessoal formado... de entender muito bem o comportamento das doenças infecciosas. Eu acho que isso impulsionou enormemente a formação e a necessidade de ter uma oferta de qualidade online." Textual Colômbia

"A pandemia abriu os olhos de muitas instituições aqui. Percebemos que se não existe um sistema forte de formação virtual, os técnicos ficam desamparados. Isso gerou uma pressão positiva para melhorar as plataformas." Textual Brasil

"A partir da pandemia, as equipes se acostumaram a ter cursos online. As pessoas perderam o medo. Depois custou manter esse interesse, mas já existe a cultura e isso é algo que não tínhamos antes." Textual Guatemala

Segundo os entrevistados, a pandemia atuou como um "acelerador estrutural". Forçou sistemas, tradicionalmente presenciais e às vezes resistentes à virtualidade, a adotar o CVSP como solução viável. Muitos medos e preconceitos prévios (dúvidas sobre qualidade, sobre interação, sobre pertinência) se atenuaram diante da urgência. Essa experiência, embora traumática em termos sanitários, deixou uma marca cultural: a virtualidade passou de ser um complemento a ser, em muitos casos, um componente legítimo do modelo formativo.

G2. Continuidade pós-pandemia e desafios de sustentabilidade

Após a fase aguda, os testemunhos indicam que o uso do campus diminuiu em relação ao pico pandêmico, mas em muitos países se manteve em níveis superiores aos do período pré-pandemia. México e Colômbia sustentam um uso relativamente alto, enquanto Brasil e Argentina mostram quedas mais acentuadas, embora sem voltar ao piso original.

Essa tendência é coerente com os dados longitudinais do estudo quantitativo 2018-2023, que mostram um aumento sustentado do uso durante a pandemia e uma posterior estabilização em níveis superiores ao período pré-pandêmico.

Esse padrão sugere que a pandemia abriu uma porta que não se fechou completamente. A formação virtual já não é um recurso excepcional, mas uma peça estável do repertório formativo. No entanto, essa estabilidade não está garantida: depende de quanto os países conseguirem institucionalizar as práticas surgidas na emergência.

Alguns relatos propõem passar de um uso reativo para um uso estratégico. Durante a pandemia, utilizaram-se intensivamente cursos por necessidade imediata (manejo clínico, prevenção de contágios, uso de EPI, etc.). Na etapa pós-pandemia, o desafio é que o CVSP não fique associado unicamente à formação de crise, mas que se integre a planos de desenvolvimento de capacidades a médio e longo prazo, especialmente para técnicos.

Se essa transição não for alcançada, existe o risco de a plataforma perder centralidade, competindo com outras prioridades pós-crise. Mas se for consolidada, a experiência pandêmica terá servido para dar um salto irreversível em direção a uma cultura de formação flexível, massiva e distribuída, onde o CVSP seja uma coluna vertebral da educação em serviço.

H. Sugestões dos entrevistados

1. Aprofundar a institucionalização do CVSP como política pública de formação, mediante acordos formais, marcos de governança claros, alocação de recursos e vinculação explícita com as políticas de recursos humanos.
2. Avançar no reconhecimento normativo dos técnicos de saúde, definindo categorias ocupacionais, marcos de competências e trajetórias formativas específicas que orientem a oferta do campus.
3. Integrar os cursos do CVSP em sistemas de certificação e recertificação, bem como em exigências de carreira, de modo que a participação não dependa unicamente da motivação individual, mas esteja respaldada por incentivos e tempo protegido.
4. Desenvolver uma estratégia regional de adaptação móvel do CVSP, priorizando versões otimizadas para telefones, materiais para download e designs de baixo consumo de dados, orientados especialmente a técnicos de zonas rurais.
5. Revisar e ajustar a oferta formativa para alinhá-la com as competências específicas requeridas pelos técnicos no primeiro nível de atenção e na saúde pública comunitária, incorporando temas de gestão territorial, vigilância, promoção da saúde e trabalho em redes.

6. Promover o ensino híbrido combinando cursos autoadministrados com instâncias presenciais ou síncronas de reforço, tutoria e trabalho colaborativo, com especial ênfase nos grupos com menor alfabetização digital.
7. Fortalecer as alianças com universidades, escolas técnicas e escolas de saúde pública para integrar o CVSP em currículos de graduação e de formação técnica inicial, ampliando a base de usuários e consolidando a cultura de formação virtual desde etapas iniciais.
8. Impulsionar dispositivos de articulação interprogramática e territorial que assegurem que as prioridades sanitárias nacionais se traduzam em propostas educativas concretas e que os níveis regionais e locais se apropriem do campus como ferramenta própria.
9. Sistematizar e difundir as boas práticas identificadas em países com alto desempenho, promovendo espaços de intercâmbio horizontal e cooperação Sul-Sul entre nodos nacionais.
10. Incorporar a avaliação contínua das experiências formativas do CVSP sob a perspectiva dos técnicos, recolhendo sistematicamente suas vozes, dificuldades e sugestões para retroalimentar o desenho pedagógico e as estratégias de implementação.

3.3.3 Recomendações de comunicação e design para o desenvolvimento de cursos autoadministrados para Técnicos em Saúde

METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO PARA RECOMENDAÇÕES

A proposta de avaliação dos cursos autoinstrucionais da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) adota como referencial a abordagem centrada em especialistas, consoante Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004). A avaliação centrada em especialistas compreende que a análise de programas educacionais exige o julgamento técnico de avaliadores qualificados, que mobilizam seus conhecimentos para interpretar evidências com base em critérios definidos previamente. Em outras palavras, os especialistas analisam a qualidade de materiais e processos educacionais de maneira crítica e contextualizada, oferecendo subsídios para a tomada de decisão e para o aprimoramento contínuo dos produtos avaliados.

3.3.3.1 *Matriz Avaliativa*

Inserir-se nessa abordagem, como uma etapa da construção do instrumento avaliativo composta por categorias, que organizam os grandes eixos de qualidade, e indicadores, que tornam esses eixos observáveis e mensuráveis. A definição rigorosa dessas categorias e indicadores é um passo metodológico essencial, pois garante coerência, transparência e comparabilidade na avaliação entre diferentes especialistas.

As duas categorias mapeadas na matriz avaliativa (comunicacional e pedagógica) foram desdobradas em indicadores que permitem julgar a adequação dos recursos e estratégias nos cursos autoinstrucionais da OPAS. Os indicadores, por sua vez, são critérios utilizados para julgar o valor do curso. Nessa feita, definiu-se uma lista de verificação (Scriven, 2011; Leite, 2012) para estruturar uma avaliação qualitativa, permitindo que os critérios sejam claramente definidos e observáveis. Os indicadores funcionam como parâmetros que orientam o olhar do avaliador e permitem verificar em que medida os cursos analisados atendem a critérios pedagógicos e comunicacionais relevantes. Além disso, asseguram que a avaliação considere as finalidades formativas do material, sua coerência interna e sua adequação ao público-alvo.

Assim, a articulação entre uma matriz avaliativa bem construída e o julgamento qualificado dos especialistas possibilita uma análise crítica e fundamentada, orientada por parâmetros explícitos, com potencial para subsidiar decisões de melhoria e recomendações de comunicação e de design.

ANÁLISE DAS CATEGORIAS

3.3.3.2 *Categoria Comunicacional: Design Responsivo*

O design responsivo constitui uma abordagem conceitual e técnica no campo do design digital que visa assegurar a adaptabilidade de interfaces e conteúdo em diversos dispositivos. Originalmente cunhado por Ethan Marcotte no contexto do webdesign — com a proposição de que páginas da internet devem “responder” às características do dispositivo no qual são exibidas — esse conceito passou a ser referência central na construção de experiências multimídia rompendo com as telas únicas e formatos fixos. Marcotte (2010) argumenta que, com a multiplicação de dispositivos e resoluções, não faz sentido criar versões separadas para cada tipo de tela. Em vez disso, o design responsivo propõe que um único projeto se adapte dinamicamente às características do dispositivo.

Do ponto de vista comunicacional, o design responsivo não se limita à mera reconfiguração visual de layouts, mas reflete uma lógica de plasticidade comunicativa. Em um ambiente caracterizado pela circulação imediata de informações e pela multiplicidade de pontos de acesso — computadores, notebooks, tablets, smartphones e demais interfaces conectadas à Internet — o “responsivo” implica a produção de sentidos e significados que se ajustam dinamicamente às condições técnicas e semióticas do receptor. Essa plasticidade é coerente com as noções clássicas de mídia como ambientes de interação e contexto, e se aproxima das ideias de hipermídia e convergência digital na teoria da comunicação, segundo as quais os conteúdos e suas formas são modulados pelos sistemas tecnológicos e práticas sociais que os atravessam.

Tecnicamente, o design responsivo é caracterizado pela utilização de elementos estruturais que permitem esse ajuste automático. Entre os principais mecanismos encontram-se a implementação de grids fluídos (estruturas em unidades relativas como porcentagens), imagens e mídias flexíveis, e o uso de media queries — regras de CSS que adaptam o estilo com base em propriedades do dispositivo (tais como largura e resolução da tela). Esses recursos asseguram que o conteúdo e a interface se reorganizem conforme o contexto de visualização, mantendo a funcionalidade e a legibilidade independentemente da forma ou tamanho da tela.

Na educação a distância, em especial a formação de técnicos em saúde, por exemplo, a aplicabilidade do design responsivo torna-se elemento essencial para garantir a acessibilidade e continuidade do acesso ao conhecimento, visto que profissionais hoje alternam entre múltiplos dispositivos ao longo de sua rotina. Um mesmo ambiente virtual de aprendizagem (AVA) pode ser explorado de forma eficaz tanto em ambientes domésticos quanto profissionais e em deslocamento, ampliando temporal e espacialmente as oportunidades de engajamento e aperfeiçoamento, o que promove a democratização do ensino e a inclusão digital.

3.3.3.3 Categoria Comunicacional: Usabilidade

A discussão sobre usabilidade em cursos de Educação a Distância (EaD) ultrapassa a dimensão meramente técnica da interface e deve ser compreendida como elemento estruturante da experiência pedagógica. A organização visual, a navegabilidade, o desempenho da plataforma e a clareza dos recursos comunicacionais impactam diretamente o processamento cognitivo, a interação pedagógica e a qualidade da aprendizagem.

Nessa vertente, a Teoria da Aprendizagem Multimídia, desenvolvida por Richard Mayer, parte do pressuposto de que o ser humano processa informações por dois

canais principais (visual e verbal), ambos com capacidade limitada. A aprendizagem é mais eficaz quando o material instrucional é organizado de modo a reduzir a sobrecarga cognitiva desnecessária e direcionar a atenção do estudante aos elementos essenciais. Princípios como coerência (eliminação de informações supérfluas), sinalização (destaque visual do que é relevante), contiguidade espacial e temporal (proximidade entre texto e imagem relacionados) indicam que a forma como o conteúdo é apresentado interfere diretamente na transmissão do conhecimento. Aplicado à usabilidade em EaD, isso significa que interfaces confusas, excesso de estímulos visuais, baixa legibilidade ou desorganização hierárquica não são apenas problemas estéticos, mas também barreiras cognitivas que dificultam a aprendizagem. Uma interface clara, com contraste adequado, organização lógica e navegação intuitiva contribui para minimizar a carga extrínseca e favorecer o foco no conteúdo.

3.3.3.4 Categoria Comunicacional: Interatividade

Marco Silva (2014) demonstrou que na Cibercultura o emissor é potencialmente um receptor e o receptor é potencialmente um emissor. É por conta desse fenômeno, da bidirecionalidade, que ele propõe a pedagogia do parangolé. O autor se refere aos parangolés de Oiticica, em que o espectador podia vestir a capa, dentre outros, e interagir com os elementos, assim, a obra de arte só se realizaria com tal participação. Logo, não existia uma mensagem fechada, mas uma obra produzida em coautoria: a “coautoria pressupõe a intervenção ativa do leitor-espectador para sua plena realização” (SILVA, 2014, p. 142). Nessa linha de pensamento, o professor não transmite conhecimento e na garantia da liberdade e da pluralidade, forma-se um espaço coletivo de diálogo, participação e aprendizagem.

Corroborando com Silva, Edméa Santos (2019), para quem a interatividade constitui um princípio estruturante da educação na cibercultura, superando o modelo transmissivo e linear da pedagogia tradicional. Para a autora, interagir não é apenas responder a estímulos previamente definidos, mas participar ativamente da construção do conhecimento em redes sociotécnicas, nas quais sujeitos produzem, compartilham e ressignificam saberes.

Para a autora, a interatividade implica autoria, colaboração e coengajamento, deslocando o estudante da posição de receptor para a de sujeito produtor de sentidos. Nesse contexto, ambientes digitais de aprendizagem devem ser concebidos como espaços dialógicos, que favoreçam a problematização, a troca entre pares e a construção coletiva, integrando diferentes linguagens e dispositivos comunicacionais.

3.3.3.5 Categoria Comunicacional: Intertextualidade

Na concepção de Marcos Silva (2019), a intertextualidade, entendida como a circulação e o entrelaçamento de múltiplos textos, vozes e referências no processo educativo. Inspirado nos estudos da comunicação e da cibercultura, o autor destaca que o conhecimento se constrói em rede, por meio de conexões entre discursos, mídias e experiências culturais diversas. A intertextualidade amplia o repertório interpretativo do aprendiz, permitindo que ele estabeleça relações entre diferentes fontes, contextos e narrativas. Assim, a prática pedagógica na cultura digital deve favorecer percursos não lineares, hipertextuais e multimodais, nos quais a aprendizagem emerge do diálogo entre textos, sujeitos e tecnologias, consolidando uma educação mais participativa, crítica e conectada às dinâmicas contemporâneas.

3.3.3.6 Categoria Pedagógica: Currículo

No contexto deste estudo acerca dos cursos autoinstrucionais, oferecidos pela OPAS, a discussão curricular ganha dimensões particulares e requer cautela para delimitar as bases teórico-conceituais e suas premissas mais adequadas e efetivas. Primeiro, há de se estabelecer que nosso objeto de pesquisa se refere à educação continuada de técnicos em saúde. Os cursos autoinstrucionais objetos desta avaliação foram desenvolvidos para promover a formação de profissionais da saúde, em consonância com as políticas e linhas de cooperação da OPAS, bem como com a proposta de fortalecimento do trabalho em saúde pública (LISTOVSKY et al, 2022). Em linhas gerais, os cursos constituem ações estratégicas para fortalecer sistemas de saúde, desenvolver competências, e promover equidade no acesso à formação de modelo aberto e de qualidade.

Nessa lógica, seus cursos são estruturados por competências, com o cuidado de incorporar abordagens problematizadoras e contextualizadas. O foco não é apenas transmitir informações, mas desenvolver capacidades aplicáveis ao cotidiano dos serviços de saúde, especialmente na atenção primária, vigilância, resposta a emergências sanitárias, entre outros. Torna-se fundamental, portanto, situar nosso estudo em um resgate histórico e epistemológico que fundamente a metodologia de ensino por competências em formação continuada.

Para início cabe mencionar que, com as transformações sociais e tecnológicas do século XX, a educação passou a ser reorganizada para responder às novas demandas profissionais e institucionais. Isso implicou mudanças no currículo (o que ensinar), na metodologia (como ensinar) e nos papéis dos sujeitos envolvidos no processo formativo. No campo curricular, as formulações de Bobbitt (1918),

influenciadas pelo modelo produtivista, enfatizavam a definição precisa de objetivos de aprendizagem baseados nas competências necessárias ao desempenho profissional eficiente:

[...] o sistema educacional deveria começar por estabelecer de forma precisa quais são seus objetivos. Esses objetivos, por sua vez deveriam se basear num exame daquelas habilidades necessárias para exercer com eficiência as ocupações profissionais da vida adulta (SILVA, 2017, p. 23).

Essa lógica, centrada em objetivos mensuráveis, exerceu forte influência sobre programas de formação profissional, inclusive na área da saúde, ao estruturar currículos fragmentados por disciplinas e orientados por avaliações objetivas, visando preparar o sujeito para o mercado de trabalho.

Posteriormente, John Dewey (1920) fortaleceu uma perspectiva progressivista, defendendo que a educação deveria estar vinculada à resolução de problemas sociais concretos. No campo da saúde, essa visão encontra eco na formação voltada às necessidades reais das comunidades, integrando conhecimento técnico e responsabilidade social — princípio fundamental das políticas de educação permanente em saúde.

Na década de 1940, Ralph Tyler sistematizou um modelo que articulava definição de objetivos, seleção de experiências de aprendizagem, organização curricular e avaliação. Seu enfoque consolidou a relação entre currículo e avaliação, aspecto que permanece central nos programas de formação estruturados por resultados de aprendizagem. Seu modelo envolve “definição dos objetivos de ensino; seleção e criação de experiências de aprendizagem apropriadas; organização dessas experiências para garantir maior eficiência; e avaliação do currículo” (LOPES, 2011, p. 25). Complementarmente, Benjamin Bloom organizou os objetivos educacionais em domínios cognitivo, afetivo e psicomotor, contribuindo para a estruturação de formações técnicas que exigem não apenas conhecimento conceitual, mas também habilidades práticas e atitudes éticas. Mais adiante, autores como Eva Baker e James Popham (1976) propuseram a noção de competência, o conjunto de comportamentos denominados habilidades e que devem se integrar com os domínios cognitivos.

Esse percurso histórico nos confere uma ideia teórica em torno do que temos hoje por ensino por competências, no entanto, não há uma metodologia consolidada que orienta a formulação dos cursos da OPAS. Em que pese a ausência do projeto pedagógico, temos que a capacitação deve desenvolver a capacidade do

profissional de agir com segurança técnica em contextos diversos, muitas vezes com recursos limitados, pois a autonomia formativa é estratégica para países com extensas redes descentralizadas de serviços. Logo, é fundamental a aplicabilidade dos cursos e a integração entre teoria e prática articuladas a protocolos, fluxos assistenciais, instrumentos de vigilância e práticas cotidianas. Outro aspecto curricular consiste na ética do cuidado e responsabilidade social, indissociável da prática cotidiana (BARATO, 2004), por meio de reflexões críticas, exemplos integrados às demandas reais do trabalho dos técnicos em saúde, com a maior amplitude da diversidade cultural envolvida. Os cursos devem explicitar as consequências humanas das decisões profissionais — desde o registro adequado de dados epidemiológicos até a administração segura de imunizantes. Também é muito evidente que o público-alvo é composto por profissionais já inseridos nos sistemas de saúde, e, por isso, a seleção de conteúdos deve priorizar relevância prática e aplicabilidade, evitando sobrecarga teórica.

3.3.3.7 Categoria Pedagógica: Avaliação

A avaliação é um componente do processo educacional (LUCKESI, 2021), na medida em que verifica a aprendizagem, fornecendo subsídios para o aluno e a instituição. Para Luckesi, a avaliação também é formativa e, enquanto, o currículo e o plano de ensino constituem o que será ensinado enquanto, a avaliação investiga se o que foi planejado foi ensinado em conformidade. Em nosso estudo, a avaliação deve nos informar se os objetivos de aprendizagem ou as competências foram alcançadas e se há conformidade entre tais objetivos e o conteúdo.

Uma boa reflexão que o autor nos traz é que quando executada de forma adequada, a avaliação nos indica se o curso possui qualidade ou ainda precisa de melhorias:

o ato de avaliar a aprendizagem na prática educativa – se executado de modo adequado tanto do ponto de vista epistemológico como metodológico – será o parceiro de todos e de cada um de nós educadores deste país, nos sinalizando que nossa ação pedagógica já produziu a qualidade desejada no que se refere à aprendizagem de todos os nossos estudantes, seja nos sinalizando que ela ainda não produziu a qualidade desejada (LUCKESI, 2021).

Nesse sentido, é fundamental analisarmos o desempenho dos alunos, por meio dos resultados da avaliação, buscando observar a adequação da atividade em relação ao nível de complexidade de atuação daquele perfil a que o curso se

destina e se a proposta é significativa para a formação profissional. O desafio da avaliação no modelo de educação a distância, principalmente em cursos autoinstrucionais, é construir possibilidades que situem o aluno em cenários verossímeis com o cotidiano da saúde e trabalhe os itens que integram os objetivos de aprendizagem ou a competência definidos naquela ação. Soma-se a isso a extrema cautela em oferecer modelos de resposta completos e específicos de modo que considere a extensão da diversidade social, econômica e cultural dos países envolvidos. É um desafio complexo, mas que oferece ao participante aprendiz a oportunidade de se aperfeiçoar e testar suas habilidades de forma mais efetiva.

3.3.3.8 Categoria Pedagógica: Didática/Design Instrucional

A didática diz respeito a como ensinar e está intrinsecamente relacionada ao currículo, já que não é possível sistematizar o conteúdo sob uma lógica distinta do ensino. São estratégias de ensino para que cada objeto de aprendizagem seja desenvolvido para alcançar as competências. Não à toa, Moran (2018) aponta o início das metodologias ativas com Dewey, citado na seção do currículo como aquele que defendeu a educação baseada no processo ativo do aluno, que busca o conhecimento com autonomia e para se formar cidadão competente e criativo. A Escola Nova rompe com o modelo tradicional de transmissão de conhecimento para formular estratégias e ferramentas mais dinâmicas para favorecer o protagonismo do aprendiz.

Atualmente, temos teorias como aprendizagem significativa (Ausubel, 1968), em que a aprendizagem é significativa quando novos conhecimentos são conectados de forma substancial ao que o aprendiz já sabe, o que se diferencia da aprendizagem mecânica, que envolve memorização sem compreensão, e Teoria da Aprendizagem Situada (Lave e Wenger, 1991), em que o aprendizado ocorre em contextos sociais e culturais específicos, defendendo três aspectos: as comunidades de prática para a troca e a prática colaborativa; o contexto social e cultural para que o conhecimento ou saberes sejam co-construídos em situações sociais; e o conhecimento prático e experiencial, em que o foco não é apenas na aquisição de informações teóricas, mas na aplicação prática. Em suma, são diversas teorias que reforçam premissas semelhantes, que visam personalizar o processo formativo ao contexto de atuação do aprendiz para proporcionar-lhe experiência.

Nessa perspectiva, o design instrucional é uma prática pedagógica que busca construir cursos e soluções educacionais alicerçados na didática defendida pela instituição. No caso de cursos autoinstrucionais, é imprescindível que a lacuna do

professor seja preenchida com a completude de textos, orientações e propostas diversificadas e dinâmicas para que o aluno sozinho tenha o máximo de mediação, ainda que padronizada e fixa. É o caso de explorar atividades complexas, mas com modelos de respostas ramificados por diversos desdobramentos regionais e econômicos, casos diversificados e dinâmicas.

3.3.4 Conclusões

A análise qualitativa, desenvolvida mediante codificação temática, comparação constante e triangulação, mostra que o uso do CVSP depende da interação entre políticas públicas, governança institucional, estrutura do sistema de saúde e condições de acesso.

De maneira consistente entre países, o campus consegue se consolidar como ferramenta estratégica quando se integra em políticas sustentadas. Na ausência dessas condições, seu uso permanece fragmentado.

1. O peso estrutural dos técnicos na força de trabalho da Atenção Primária é muito alto, mas seu reconhecimento normativo e político é desigual entre países. Onde existem perfis definidos e marcos regulatórios claros, o CVSP encontra melhores condições para se tornar provedor central de educação continuada gratuita.
2. A governança do nodo país é um fator crítico de sucesso. Países que contam com nodos formalizados, acordos de cooperação e alianças com universidades e organizações da sociedade civil mostram estratégias mais sistemáticas de promoção e uso do CVSP, enquanto contextos com institucionalidade fraca ou instável enfrentam maiores dificuldades.
3. As brechas de conectividade e equipamento continuam sendo um obstáculo maior, especialmente em zonas rurais e em serviços públicos com infraestrutura obsoleta. Sem políticas de conectividade e equipamento mínimo, o potencial do CVSP para chegar aos técnicos mais distantes fica limitado, reproduzindo desigualdades territoriais.
4. As condições de trabalho dos técnicos (precariedade, baixos salários, custos pessoais de formação) fazem com que a gratuidade e o reconhecimento simbólico do CVSP sejam especialmente valiosos, mas também exigem avançar para reconhecimentos formais (créditos, certificações, valor em concursos e promoções) para consolidar seu uso e seu impacto nas trajetórias laborais.
5. As melhores experiências combinam a oferta de cursos autoadministrados do CVSP com estratégias nacionais específicas: incorporação em programas emblemáticos, planos de formação focalizados e modelos blended com tutoria e acompanhamento territorial. Nesses casos, o CVSP se integra a políticas de recursos humanos e deixa de ser um recurso isolado.

6. Entre as barreiras à adoção estão tanto questões técnicas (dificuldades para criar usuários, suporte limitado) quanto fatores políticos e simbólicos (disputas em torno de denominações de cursos, mudanças de prioridades, rotatividade de autoridades). A cooperação efetiva requer atender tanto ao técnico quanto ao político-estratégico.
7. As sugestões convergem em cinco linhas estratégicas principais: a) ajustar a oferta com enfoque diferencial e territorial, b) fortalecer a governança dos nodos e sua articulação com políticas de recursos humanos, c) explorar mecanismos de financiamento equitativos e apoios adicionais para países com maiores brechas, d) integrar o CVSP com sistemas nacionais e acadêmicos para assegurar certificações e reconhecimento formal, e e) melhorar o acompanhamento pedagógico, o suporte técnico e a acessibilidade.
8. Em termos gerais, o desempenho do CVSP com técnicos não depende apenas da quantidade de cursos ou da qualidade intrínseca da plataforma, mas da interseção entre estrutura dos sistemas de saúde, governança do nodo, condições de trabalho dos técnicos e políticas de conectividade e reconhecimento. Esses achados oferecem insumos concretos para o desenho de estratégias regionais e nacionais orientadas a fortalecer o papel do CVSP na formação de técnicos de saúde na América Latina, uma vez que a evidência demonstra que a formação técnica gratuita, contextualizada e descentralizada por meio do CVSP pode ser uma estratégia-chave para fortalecer o talento humano em saúde na América Latina, reduzir iniquidades formativas e consolidar comunidades de aprendizagem regionais.

4 Considerações Finais

A inquietante busca por respostas sobre quem são as/os Técnicas/os em Saúde que atuam na APS da América Latina se desdobrou em múltiplas camadas sobre a formação, as condições de trabalho e as atividades e práticas, e a própria caracterização da APS nos 19 países. O caminho da investigação mobilizou esforços em múltiplas direções teórico-metodológicas, buscando transpor os desafios estruturais e estruturantes que inviabilizam essas/es trabalhadoras/es, não apenas socialmente, mas nas próprias políticas de saúde, de formação, de trabalho, apesar do tamanho, diversidade e amplitude de sua presença nos sistemas de saúde latino-americanos.

Sendo assim, mesmo considerando o caráter exploratório da pesquisa, as dificuldades metodológicas associadas ao reconhecimento e caracterização dos técnicos em saúde que atuam na APS de países latino-americanos são evidentes: as diferenças na história de constituição de seus sistemas de saúde e educação se expressam nas formas distintas de conceber e organizar a APS e, conseqüentemente, nas atribuições das esferas de governo, nas formas de financiamento, nos tipos de prestação e organização dos serviços, bem como na própria caracterização da força de trabalho, com suas atividades, formações e regulações.

Do mesmo modo, a investigação sobre as estratégias que favorecem a utilização do CVSP pelos técnicos em saúde possui algumas limitações importantes que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Trata-se de um estudo qualitativo baseado em entrevistas com informantes-chave, o que implica uma dependência significativa de percepções, experiências e interpretações individuais. Ainda que esses atores tenham amplo conhecimento sobre o funcionamento dos nodos e das políticas de formação, suas visões não necessariamente representam a totalidade dos técnicos de saúde que utilizam — ou deixam de utilizar — o CVSP.

Ainda assim, os resultados da investigação apontam caminhos importantes para o conhecimento das diferenças e das semelhanças entre os técnicos que atuam na APS de países latino-americanos, contribuindo para a reduzir sua histórica invisibilidade. Podem ser utilizados por outras/os pesquisadoras/es para aprofundamento de aspectos relativos à composição de equipes da APS, formação, vínculos e condições de trabalho de diferentes categorias profissionais. Para isso, o acesso aberto à base de dados da pesquisa - disponibilizada por meio

de um dashboard de análise – se apresenta como um dos mais interessantes produtos da pesquisa.

Nossa expectativa é que este trabalho possa se associar às diferentes iniciativas que visam o fortalecimento dos sistemas de informação sobre a força de trabalho em saúde e, sobretudo, contribua para qualificação dos técnicos em saúde, ampliando sua participação nos cursos do Campus Virtual de Saúde Pública.

Se os obstáculos que constroem as/os trabalhadoras/es técnicas/os em saúde são inúmeros – precarização, formação insuficiente, baixo reconhecimento profissional, desvalorização dos saberes – as iniciativas para superá-los devem ser igualmente múltiplas. Esperamos que as análises e considerações apresentadas neste estudo possam se somar aos esforços de tantas/os pesquisadoras/es, gestoras/es e trabalhadoras/es dos sistemas nacionais de saúde na luta pela superação das iniquidades e invisibilização social, ética e política dessas/es trabalhadoras/es.

5 Referências

Acosta FV, et al. Técnicos en enfermería en Chile: mirada a su formación desde las competencias declaradas en los perfiles de egreso. *Rev Med Chil*. 2021;149(6). Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887202100060082

Acuña HR, Damasceno L. El puesto de saúde rural en El Salvador. *Oficina Sanit Panam*. 1959;47(1). Disponível em: <https://iris.paho.org/items/f08a8bb5-19b1-4a95-b0bf-382ed734f37a>

Aguiar DML. A participação do técnico em saúde bucal na estratégia saúde da família: um olhar em municípios estruturados [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-09112010-094727/publico/Dulce.pdf>

Almeida WNM, Cavalcante LM, Miranda TKS. Educação permanente como ferramenta de integração entre agentes de saúde e de endemias. *Rev Bras Promoc Saúde*. 2020;33:1-7. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40863235010>

Amaya C. Gestores comunitarios de salud: una experiencia pedagógica piloto en la Universidad del Rosario. *Rev Cienc Salud*. 2006;4(spe):33-40. Disponível em: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/541/465>

Araujo GM, et al. Segurança do paciente: embalagens, acondicionamento e tempo de guarda de materiais esterilizados na atenção básica. *Cienc Cuid Saude*. 2016;15(4):662-668. Disponível em: <https://scispace.com/pdf/seguranca-do-paciente-embalagens-acondicionamento-e-tempo-de-s7dgh2z5v7.pdf>

Argentina. Ministerio de Salud. Cuaderno para agentes sanitarios y enfermeros: hogar, centro de salud (CRENA). Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2020. Disponível em: <https://iah.msal.gov.ar/doc/900.pdf>

Argentina. Ministerio de Salud. Plan Nacer: síntesis de la experiencia 2004–2011. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2011.

Argentina. Ministerio de Salud. Programa Remediar: medicamentos esenciales para la atención primaria de la salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2003.

Argentina. Ministerio de Salud. Programa Sumar: lineamientos políticos y estratégicos. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2013.

Ayala RA, Toffoletto MC. Agentes comunitários de saúde: como articular essa estratégia no contexto chileno? *Interface (Botucatu)*. 2024;28. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2024.v28/e230424/>

Báscolo E, et al. Analysis of the enablers of capacities to produce primary health care-based reforms in Latin America: a multiple case study. *Fam Pract*. 2016;33(3):296-303. doi:10.1093/fampra/cmw038.

Belize. Ministry of Health. National Health Sector Reform Strategy. Belmopan: Ministry of Health; 2000.

Belize. Ministry of Health. Primary Health Care Services in Belize: organization and challenges. Belmopan: Ministry of Health; 2008.

Bhavnani D, et al. Malaria surveillance and case management in remote and indigenous communities of Panama: results from a community-based health worker pilot. *Malar J*. 2022;21(1):297. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9587600/>

Bolivia. Asamblea Constituyente. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Sucre; 2009.

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI). La Paz: MSD; 2008.

Borja-Aburto VH. La atención primaria en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar en México. *Salud Publica Mex*. 2024;66(2). doi:10.21149/15755.

Brandt AJ, et al. Maternal health training priorities for nursing and allied health workers in Colombia, Honduras, and Nicaragua. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6393731/>

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. 1990 set 20.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Políticas Públicas de Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações: códigos, títulos e descrições – Livro 1. 3ª ed. Brasília (DF): MTE; SPPE; 2010. Disponível em: <https://cbo.mte.gov.br/cbosite/pages/downloads.jsf>. Acesso em: 7 abr 2026.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Políticas Públicas de Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações: códigos, títulos e descrições – Livro 2. 3ª ed. Brasília (DF): MTE; SPPE; 2010. Disponível em: <https://cbo.mte.gov.br/cbosite/pages/downloads.jsf>. Acesso em: 23 abr 2026.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Políticas Públicas de Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações: estrutura, tábua de conversão e índice de títulos – Livro 3. 3ª ed. Brasília (DF): MTE; SPPE; 2010. Disponível em: <https://cbo.mte.gov.br/cbosite/pages/downloads.jsf>. Acesso em: 23 abr 2026.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Diário Oficial da União. Brasília (DF): 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 14 abr 2026.

Breilh J. La salud en la frontera de la modernidad: la Misión Barrio Adentro en Venezuela. Quito: CEAS; 2007.

Busnello GF, et al. Tipos de violência no trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Esc Anna Nery. 2021;25(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TFf6h5Xn4CsT4tsNFLwb73N/>

Cairo C, et al. Reformas de atención primaria en América Latina: avances em Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. Gac Sanit. 2024;38:102430. doi:10.1016/j.gaceta.2024.102430.

Cardoso TZ, et al. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na atenção básica à saúde. Rev Bras Enferm. 2011;64(6):1087-1093. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CGhVfPqSqTwCfw3dvdCYf3c/>

Carlos A, Agudelo C. Características de la participación comunitaria en programas urbanos de atención primaria. OPAS; 1987. Disponível em: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/e42dd0f3-eea0-47f6-afe5-c27bff83c8fa/content>

Carrillo B. Calidad de atención de enfermería en centros de atención primaria de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007. Disponible em: https://www.paho.org/sites/default/files/2020-10/beca_2006_ortigoza.pdf

Centro Nacional de Informações do Trabalho em Saúde (CENITS). Força de trabalho na saúde. Disponible em: <https://cenits.saude.gov.br/paineis-fts/>. Acesso em: 25 abr 2026.

Chile. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Santiago: MINSAL; 2009.

Chile. Ministerio de Salud. Reforma de la salud en Chile: aseguramiento universal, garantías explícitas y rol de la atención primaria. Santiago: MINSAL; 2005.

Christensen PB, Karqvist S. Community health workers in a Peruvian slum area: an evaluation of their impact on health behavior. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1990;24(2). Disponible em: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/403c6555-0abb-47d3-961f-7321b6e53e93/content>

Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Bogotá; 1993.

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Pública 2007–2010. Bogotá: MPS; 2007.

Colômbia. Ministerio de Salud y Protección Social. Regula el ejercicio y funciones de promotores de salud. Bogotá: MSPS; 2024.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde. *Cad Saude Publica*. 2008;24 Suppl 1:S7-S16. doi:10.1590/S0102-311X2008001300002.

Cook DA, et al. Internet-based learning in the health professions. *JAMA*. 2010;300(10):1181–1196.

Cook DA, Levinson AJ, Garside S. Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *JAMA*. 2010;300(10):1181–96. doi:10.1001/jama.300.10.1181.

Cordeiro L, Soares CB. Processo de trabalho na atenção primária em saúde: pesquisa-ação com agentes comunitários. *Cien Saude Colet*. 2015;20(11):3581-3588. Disponible em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3bsyRTwSwkF9sfq3RJs6jWF/>

Corea NR, et al. Enfoque de activos y promoción de salud en comunidades de Honduras. *Rev Fac Cienc Med*. 2022;19(2). Disponible em: <https://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2022/pdf/RFCMVol19-2-2022-4.pdf>

- Costa GDF, Pimentel C, Schweickardt JC. Perfil das parceiras tradicionais do Amazonas. *Physis*. 2023;33:e33023. Disponible em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/h44ZcWN7jfVbk8PTvhRd5jr/>
- Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social. La reforma del sector salud en Costa Rica y los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). San José: CCSS; 1999.
- Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social. Modelo de Atención Integral en Salud: lineamientos para la organización de los EBAIS. San José: CCSS; 2002.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Primaria de Salud en Cuba. La Habana: MINSAP; 2005.
- Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa del Médico y la Enfermera de la Familia: experiencias y resultados. La Habana: MINSAP; 1995.
- Cuevas RP, et al. Análisis de la satisfacción del usuario en atención primaria. *Salud Publica Mex*. 1994;36(5):492-501. Disponible em: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5786>
- Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory. *Am Psychol*. 2000;55(1):68–78.
- Deci EL, Ryan RM. The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Am Psychol*. 2000;55(1):68–78. doi:10.1037/0003-066X.55.1.68.
- Delgado H. Modelo integrado y simplificado de servicios de salud, nutrición y planificación familiar para zonas rurales. OPAS; 1985. Disponible em: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/69c763d8-c06d-4209-abc7-fb6f46a3a78d/content>
- Díaz EI. Propuesta de manual terapéutico dirigido a los agentes comunitarios de atención primaria en salud (ACAPS) [monografía]. Caracas: Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”; 2014. Disponible em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/05/1367728/teg-acaps.pdf>
- Doubova SV, et al. Attributes of patient-centered primary care associated with the public perception of good healthcare quality in Brazil, Colombia, Mexico and El Salvador. *Health Policy Plan*. 2016;31(7):834-843. doi:10.1093/heapol/czv139.
- Ecuador. Asamblea Nacional. Constitución de la República del Ecuador. Montecristi; 2008.

Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Quito: MSP; 2012.

El Salvador. Ministerio de Salud. Estrategia de Atención Primaria en Salud Integral y Equipos Comunitarios de Saúde Familiar (ECOS). San Salvador: MINSAL; 2010.

El Salvador. Ministerio de Salud. Política Nacional de Saúde 2009–2014. San Salvador: MINSAL; 2009.

Encina E, Minoletti A. Hacia una estrategia de participación en salud mental comunitaria. *Rev Chil Salud Publica*. 2016;20(2):91-100. Disponible em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5986389>

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Programa de fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico em educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2023.

Esperón MT, Thomas CD, Cabrera AR. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Havana: Ministerio de Salud Pública; 2016. Disponible em: <https://instituciones.sld.cu/polmachaco/files/2016/06/Funciones-de-enfermer%C3%ADa-en-la-atenci%C3%B3n-primaria-de-salud.pdf>

Fajuri A. Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile. *Acta Bioeth*. 2007;13(2):183-191. doi:10.4067/S1726-569X2007000200012.

Faria CCMV, Paiva CHA. O trabalho do agente comunitário de saúde e as diferenças sociais no território. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(supl 1):e0025183. Disponible em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/8q9cCFQWWnvv6P93MxVJ9Zb/>

Fausto MCR, Matta GC. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD, orgs. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 43-67.

Fort MP, et al. Implementation and progress of an inclusive primary health care model in Guatemala: coverage, quality, and utilization. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(3):217-224. doi:10.1590/S1020-49892011000900005.

Francesca G, Cordero S. Visita domiciliaria: espacio para prácticas en salud. *Enferm Actual Costa Rica*. 2018;(34):82-95. Disponible em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682018000100082

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376:1923-1958.

Frenk J, et al. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet*. 2006;368:1524-1534.

Frenk J, et al. Primary care and reform of health systems: a framework for the analysis of Latin American experiences. *Health Serv Manage Res*. 1992;5(1):32-43.

Frenk J. Dimensions of health system reform. *Health Policy*. 1994;27(1):19-34.

Frenk J. Dimensions of health system reform. *Health Policy*. 1994;27(1):19-34. doi:10.1016/0168-8510(94)90037-X.

Frenz P, et al. Achieving effective universal health coverage with equity: evidence from Chile. *Health Policy Plan*. 2014;29(6):717-731. doi:10.1093/heapol/czt054.

Fundación EPES. Manual de apoyo a la incorporación de agentes comunitarios en salud. Santiago: Ministerio de Salud; 2016. Disponible em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/minsal_chile/1/2/4821.pdf

García GSM, et al. Território, doenças negligenciadas e ação de agentes comunitários. *Rev Saude Publica*. 2022;56:27. Disponible em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/sgQN9mfngqmzBH3kPvcTJt8J/>

Giovanella L, et al. Comprehensive primary care and segmented health systems in South America. *Cad Saude Publica*. 2017;33 Suppl 2:e00118816.

Giovanella L, et al. From Alma-Ata to Astana. *Cad Saude Publica*. 2019;35(3):e00012219.

Giovanella L, et al. The Family Health Strategy: a way to build a different future for Brazilian primary health care. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1707-1714.

González MP, Gordillo GC. Formación de promotores para la prevención de la tuberculosis. *Poblac Salud Mesoam*. 2013;11(2):6-16. Disponible em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4724913>

Grant U. (In)Equity and Primary Health Care: The Case of Costa Rica and Panama. *Int J Health Policy Manag*. 2023;12(1). doi:10.1177/27551938231152991.

Greenhalgh T, et al. Diffusion of innovations in service organizations. *Milbank Q*. 2004;82(4):581-629.

Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 2004;82(4):581–629. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x.

Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de Extensión de Cobertura: evaluación y perspectivas. Ciudad de Guatemala: MSPAS; 2005.

Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Política Nacional de Saúde 2002–2011. Ciudad de Guatemala: MSPAS; 2002.

Harrison P. Success story. *World Health J.* 1981:14-19. Disponible em: <https://iris.who.int/handle/10665/272500>

He J, et al. Effect of a community health worker-led intervention on blood pressure control. *JAMA.* 2017;318(11):1016-1025. Disponible em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28975305/>

Hernández A. Enabling the performance of nurses in rural Guatemala [tese]. Umea: Umea University; 2014. Disponible em: <https://scispace.com/pdf/enabling-the-performance-of-nurses-in-rural-guatemala-the-11n524d37n.pdf>

Herrera-Añazco P, et al. A HEARTS-based integrated model for noncommunicable disease control in primary health care in Peru. *Lancet Reg Health Am.* 2026;26:101427. doi:10.1016/j.lana.2026.101427.

Honduras. Secretaría de Salud. Modelo Nacional de Saúde: redes integradas de servicios y atención primaria. Tegucigalpa: Secretaría de Salud; 2012.

Honduras. Secretaría de Salud. Política Nacional de Saúde 2010–2014. Tegucigalpa: Secretaría de Salud; 2010.

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Mapeo de la APS en Argentina. Rio de Janeiro: ISAGS-Unasur; 2014a. Disponible em: <https://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasArgentinalSAGS1.pdf>

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Mapeo de la APS en Bolivia. Rio de Janeiro: ISAGS-Unasur; 2014b. Disponible em: <https://www.researchgate.net/publication/268685556>

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Mapeo de la APS en Colombia. Rio de Janeiro: ISAGS-Unasur; 2014c. Disponible em: <https://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapaColombialsags1.pdf>

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Mapeo de la APS en Ecuador. Rio de Janeiro: ISAGS-Unasur; 2014d. Disponível em: <https://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasEquadorIsags1.pdf>

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Mapeo de la APS en Paraguay. Rio de Janeiro: ISAGS-Unasur; 2014e. Disponível em: <https://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/10/mapasParaguailSAGS1.pdf>

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Mapeo de la APS en Venezuela. Rio de Janeiro: ISAGS-Unasur; 2014f. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/268685680>

International Labour Organization. International Standard Classification of Occupations 2008: ISCO-08. Geneva: ILO; 2012.

Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM. O trabalho do agente comunitário de saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2006;2(5):23-33. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/23/334>

Knowles MS. Andragogy in action: applying modern principles of adult learning. San Francisco: Jossey-Bass; 1984.

Knowles MS. The adult learner. Houston: Gulf Publishing; 1984.

Listovsky G, Duré I, Corbo A, Batistella CEC, Santoro F, Muntaabski G. Recursos humanos en salud en el contexto de la Covid-19: fortalecimiento de capacidades para mejorar la respuesta de los sistemas de salud. Washington (DC): OPAS; 2024. Disponível em: <https://campus.paho.org/es/tecnicos-salud>. Acesso em: 26 abr 2026.

Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy. 1997;41(1):1-36.

Luttges C, et al. Implicaciones del marco legal chileno en la prevención del embarazo adolescente. Rev Med Chil. 2016;144(10). Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001000004

Maceira D, et al. Primary health care as a tool to promote equity and sustainability. Int J Equity Health. 2024;23(1):42. doi:10.1186/s12939-024-02149-9.

Macinko J, et al. The Family Health Strategy, a strong model of Primary Health Care that delivers results. *Health Syst Reform*. 2018;4(3):187-198.

Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015;372:2177-2181.

Mangelsdorf KL, Luna J, Smith H. Primary health care and public policy. *World Health Forum*. 1988;9.

Manuel A. The Chilean Health System: 20 Years of Reforms. *Salud Publica Mex*. 2002;44(1):59-68.

Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099–1104.

Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099–104. doi:10.1016/S0140-6736(05)71146-6.

Martínez B. Enfermeiros como promotores da adesão terapêutica. *Rev Cienc Salud*. 2018;16(1):144-154.

Mello LMB, Santos RC, Albuquerque PC. Agentes Comunitárias de Saúde: o que dizem os estudos internacionais? *Cien Saude Colet*. 2023;28(2):501-520.

Mendes A, et al. Public spending on health in Brazil and the challenges for universal coverage. *Lancet*. 2019;394:S12.

México. Secretaría de Salud. *El Sistema de Protección Social en Salud*. México: Secretaría de Salud; 2005.

México. Secretaría de Salud. Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI): lineamientos de operación. México: Secretaría de Salud; 2020.

México. Secretaría de Salud. Manual de promotoras de salud. México: Gobierno de México; 2012. Disponível em: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/48531/Manual_Promotoras_de_salud.pdf

Ministry of Health (Belize). Human resources in health. Belize City: Ministry of Health; 2011. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/875961>

Mintzberg H. *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1983.

Mintzberg H. Structure in fives: designing effective organizations. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1983.

Moimaz SAS, et al. Oral health assessment protocol in primary care. RGO. 2015;63(4):446-454. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgo/a/S9q5SsstNHGP4LvssL8Yhrd/>

Molina MCB, et al. Impacto da capacitação de agentes comunitários. Rev Pesq Cuid Fundam. 2021;13:1526-1535. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10266>

Monezi NS, et al. Construção histórica das práticas de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2021;74(2):e20201012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cNDYhHxyvSz7nfp534mDfCn/>

Morales EM, Bonilla NP. Necesidades de capacitación en ATAPS. Rev Cienc Adm Financ Segur Soc. 2001;9(1):53-69. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr>

Morosini MV, Fonseca AF. Agentes comunitários na APS no Brasil. Saude Debate. 2018; 42 (esp 1):261-274.

Morosini MV, Fonseca AF. Configurações do trabalho dos agentes comunitários. In: Mendonça MHM, et al., orgs. Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 369-405.

Moura-Pontes AL, Garnelo L. Formação do agente indígena de saúde. Salud Publica Mex. 2014; 56(4).

Muiser J, et al. Sistema de salud de Nicaragua. Salud Publica Mex. 2011;53 Suppl 2:S233-S242.

Muller PO, et al. Implementación de intervenciones con promotores de salud. Int J Odontostomatol. 2018; 12(4):437-444.

Nicaragua. Ministerio de Salud. Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF). Managua: MINSAL; 2007.

Nicaragua. Ministerio de Salud. Política Nacional de Saúde 2004–2015. Managua: MINSAL; 2004.

Novick G. Health Care Organization and Delivery in Argentina. Glob Policy. 2017;8(1):97-107.

Oladeji O, et al. Strengthening community health worker program in Belize. Int J Community Med Public Health. 2023;10(11):4419-4425.

Olliden B, Millan M. Desarrollo de la educación de enfermería en Bolivia. *Educ Med Salud*. 1979;13(4).

Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata; 1978.

Organização Mundial da Saúde. Declaração de Astana. Astana; 2018.

Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de salud materno-perinatal. El Paso: OPAS; 1996.

Organização Pan-Americana da Saúde. Renewing Primary Health Care in the Americas. Washington, DC: OPAS; 2007.

Organización Panamericana de la Salud. Enfoque educativo del Campus Virtual de Saúde Pública. Washington (DC): OPS; [s.d.].

Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de la madurez de los sistemas de información de recursos humanos para la salud. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6959>

Organización Panamericana de la Salud. Gobernanza y rectoría en salud. Washington (DC): OPS; 2017.

Organización Panamericana de la Salud. Gobernanza y rectoría en salud. Washington (DC): OPS; 2017.

Organización Panamericana de la Salud. Guía conceptual para el desarrollo de sistemas de información de recursos humanos para la salud. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/69656>

Organización Panamericana de la Salud. La reforma de la atención primaria de salud en Costa Rica. Washington, DC: OPS; 2008.

Organización Panamericana de la Salud. Mapeo de actores y diálogo estratégico para la gobernanza de los sistemas de información de recursos humanos para la salud. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/69516>

Organización Panamericana de la Salud. Mapeo de ocupaciones de salud: Una metodología para su aplicación en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/69515>

Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de salud de Bolivia. Washington, DC: OPS; 2010.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de salud de Chile. Washington, DC: OPS; 2011.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de salud de Colombia. Washington, DC: OPS; 2010.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de salud de Ecuador. Washington, DC: OPS; 2012.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de salud de El Salvador. Washington, DC: OPS; 2012.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de salud de Guatemala. Washington, DC: OPS; 2010.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de salud de Honduras. Washington, DC: OPS; 2010.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de salud de Nicaragua. Washington, DC: OPS; 2011.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de salud de Perú. Washington, DC: OPS; 2011.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de salud de Uruguay. Washington, DC: OPS; 2012.

Organización Panamericana de la Salud. Recursos humanos en salud en las Américas. Washington (DC): OPS; 2013.

Organización Panamericana de la Salud. Recursos humanos en salud en las Américas. Washington (DC): OPS; 2013.

Organization of American States, Pan American Health Organization. Health in the Americas: Belize country profile. Washington, DC: PAHO; 2012.

Ortega F, et al. Brazil's unified health system: 35 years and future challenges. *Lancet Reg Health Am.* 2023;23:100631. doi:10.1016/j.lana.2023.100631.

Pagnamento L. El trabajo de las promotoras de salud municipales. In: *Jornadas de Sociología de la UNLP*; 2012; La Plata. La Plata: UNLP; 2012.

Palomares AF, Quiñones GR. Colaboración de la auxiliar de enfermería en zona rural. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1960.

- Paraguay. Ministerio de Salud Pública. Manejo de tuberculosis pulmonar. Assunção: OPS/OMS; 2013.
- Perú. Congreso de la República. Ley N.º 29344. Lima; 2009.
- Peru. Ley N° 30825. Lima: SUSALUD; 2018.
- Peru. Ministerio de Salud. Auxiliar de enfermería de campo. Lima: MINSA; 1985.
- Peru. Ministerio de Salud. Capacitación a promotores de salud. Lima: MINSA; 1999.
- Peru. Ministerio de Salud. Directiva sanitaria atención estomatológica. Lima: MINSA; 2023.
- Peru. Ministerio de Salud. Fortalecimiento del agente comunitario. Lima: MINSA; 2019.
- Peru. Ministerio de Salud. Manual de capacitación a promotores. Lima: MINSA; 1995.
- Perú. Ministerio de Salud. Política Nacional de Saúde. Lima: MINSA; 2002.
- Peru. Ministerio de Salud. Preparando al agente comunitario de salud. Lima: MINSA; 2011b.
- Peru. Ministerio de Salud. Trabajo con agente comunitario de salud. Lima: MINSA; 2011a.
- Pesec M, et al. Primary Health Care That Works: The Costa Rican Experience. Health Aff. 2017;36(3):531-538. doi:10.1377/hlthaff.2016.1319.
- Quiroz RC, et al. Formación del técnico en enfermería en Ecuador. MEDISAN. 2016;20(5):702-707.
- Rede de Pesquisa em APS. Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral. Rio de Janeiro: Abrasco; 2022.
- República Dominicana. Lei de Seguridade Social n.º 87-01. Santo Domingo; 2001.
- República Dominicana. Lei Geral de Saúde n.º 42-01. Santo Domingo; 2001.
- República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública. Modelo de Atención en Salud basado en la APS. Santo Domingo: SESPAS; 2005.
- Riquelme G. Relación matrona-usuaria en APS. Horiz Enferm. 2011;22(1):55-63.

- Rodriguez S. El promotor de salud. *An Salud Ment.* 1990;6(1-2).
- Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 5th ed. New York: Free Press; 2003.
- Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 5th ed. New York: Free Press; 2003.
- Rovere M. *Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1999.
- Rovere M. *Redes en salud: los grupos, las instituciones, la comunidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1999.
- Rubin G, et al. Programa de auxiliares rurales en El Salvador. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1983;94(6).
- Salinas J, Coronado L, Vio F. Educación continua de TENS en Chile. *Rev Med Chil.* 2025;153(3).
- Sandoval A, Hernandez B. *Papel de la auxiliar sanitaria*. OPAS; 1955.
- Selwyn N. *Schools and schooling in the digital age*. London: Routledge; 2010.
- Selwyn N. *Schools and schooling in the digital age: a critical analysis*. London: Routledge; 2010.
- Senge P. *The fifth discipline*. New York: Doubleday; 1990.
- Senge PM. *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday; 1990.
- Serradilha AFZ, Duarte MTC, Tonete VLP. Promoção da saúde por técnicos de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(4):1034-1042.
- Sintes RA, Pina IB. Formação de promotores comunitários. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2015;31(2).
- Sintes RA, Pina IB. Programa de capacitação de promotores de saúde. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2004;20(5-6).
- Spigel L, et al. Implementing sustainable primary healthcare reforms. *BMJ Glob Health.* 2020;5(8):e002674.
- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde*. Brasília: UNESCO; 2002.

- Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
- Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
- Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York: Oxford University Press; 1992.
- Tejerina H, et al. Socialist government health policy reforms in Bolivia and Ecuador. Soc Med. 2009;4(3):164-173.
- Underhill LJ, et al. Addressing hypertension and diabetes in Peru. Trials. 2024;25(1):747.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). International Standard Classification of Education: ISCED 2011. Montreal: UNESCO; 2011. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000219109>. Acesso em: 17 abr 2026.
- Uruguai. Ministerio de Salud Pública. La enfermería en el Uruguay. Montevideo: SNIS; 2013.
- Uruguay. Ley n.º 18.211. Montevideo; 2007.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Política Nacional de Saúde. Montevideo: MSP; 2008.
- Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Misión Barrio Adentro. Caracas: MSDS; 2004.
- Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Sistema Público Nacional de Saúde. Caracas: MPPS; 2007.
- Villafradez EL. Manual de capacitación para APS. Universidad de Caldas; 1989.
- Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas. 2014;22(44):203–20. doi:10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 30 out 2023.
- Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care. N Engl J Med. 1979;301(18):967-974.

Warschauer M. Technology and social inclusion. Cambridge (MA): MIT Press; 2004.

Warschauer M. Technology and social inclusion: rethinking the digital divide. Cambridge: MIT Press; 2004.

Wenger E. Communities of practice. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.

Wenger E. Communities of practice: learning, meaning, and identity. Cambridge: Cambridge University Press; 1998

Whiteford LM, Branch LG. Primary health care in Cuba: the other revolution. Lanham: Rowman & Littlefield; 2007.

Whiteford LM, et al. Primary health care in Cuba: the other revolution. Lanham: Rowman & Littlefield; 2007.

World Health Organization. WHA62.12 Primary health care, including health system strengthening. Sixty-Second World Health Assembly. Resolutions and decisivos annexes. Geneva: WHO, 18-22 may; 2009

World Health Organization. Working together for health. Geneva: WHO Press; 2006.

World Health Organization. Working together for health: the World Health Report 2006. Geneva: WHO Press; 2006.

Yates AS. Simplified medicine program in Venezuela. Public Health Rep. 1976;90(3).

Zavala LM, Álvarez MP, Guaita NG. Relación entre matrones y cuidadores. Rev Chil Obstet Ginecol. 2020;85(5).

Zeitz PS, et al. Community health worker competency in Bolivia. Bull Pan Am Health Organ. 1993;27(2).

Zerquera AC. Formación de promotores de salud. Rev Cubana Enferm. 2024;40:e6720.

Zuñiga RO, Parra-García I, Gómez-Barrera LA. Community health workers in Latin America. Fam Pract. 2024; 41:139-146

6 Anexos

7 Apêndices