

QUEM SÃO OS NOVOS SANITARISTAS E QUAL SEU PAPEL?

Aline Patrícia dos Santos Bezerra (UFRN)¹
 Bárbara Bulhões Lopes de Andrade (UFRJ)¹
 Bruno Santana Batista (UFPR)¹
 Camila Ramos Reis (UFBA)¹
 Carlos Guilherme Meister Arenhart (UNILA)¹
 Caroline Graça Parente (UFAC)¹
 Carolyne Cosme de Souza (UFRJ)¹
 Douglas Ferreira Enedino Albino (UFRN)¹
 Guilherme Henrique Targino Menezes (UFU)¹
 Indyara de Araújo Moraes (UnB)¹
 Janisléia Cavalcante Mota (UFAC)¹
 Juan Francisco Bacigalupo Araya (UNILA)¹
 Juliana Porto Guimarães (UFRGS)¹
 Karina Cordeiro de Jesus (UFBA)¹
 Leidmar Martins (USP)¹
 Luan Cuiabano Arruda (UFMT)¹
 Mariana da Rosa Martins (UFRGS)¹
 Mauricio Matheus de Melo Rosa (UFMT)¹
 Raylayne Ferreira Besa (UnB)¹
 Vanessa Costa Fernandes Veiga (UFPR)¹

RESUMO

Embora Sanitarista seja uma especialidade antiga no Brasil, a clássica formação de sanitarista responde apenas parcialmente aos novos desafios do processo de Reforma Sanitária Brasileira, em curso. A construção do SUS, a partir de 1993, passou a demandar inovações diversas (inclusive no âmbito técnico-organizativo e gerencial) e impôs a reconceituação das práticas da Saúde Pública institucionalizada, a reconfiguração dos processos de trabalho em saúde, do agente-sujeito e, por conseguinte, da formação dos profissionais que atuam neste campo. O presente artigo tem por objetivos apresentar uma revisão acerca do processo de *“determinação social da saúde e da doença”*,
 1 CONESC - Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva

focalizando três modelos explicativos, e refletir sobre a relevância da formação do Sanitarista na graduação, explicando o porquê desse novo perfil profissional. A formação do Sanitarista em nível de graduação ainda é bastante recente e, por isso mesmo, desconhecida de grande parte do público em geral. Mesmo os demais profissionais de saúde têm dúvidas sobre quais papéis o bacharel em Saúde Coletiva pode desempenhar.

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Sistema Único de Saúde, Formação de Recursos Humanos

ABSTRACT

The training of Healthcare Professionals in graduation is still quite recent and largely unknown to the general public. Even other health professionals have doubts about what roles the professional with degree in Public Health can play. This paper aims to present the relevance of training of Healthcare in degree level explaining why there is a demand for this new professional profile.

Keywords: Public Health, Unified Health System, Human Resources Formation

RESUMEN

La formación de profesionales licenciados en Salud Colectiva es todavía muy reciente y en gran parte desconocida para el público general. Incluso otros profesionales de la salud tienen dudas acerca de qué funciones el licenciado en

Salud Colectiva puede ejecutar. Este trabajo tiene como objetivo presentar la relevancia de la formación de licenciatura en Salud Colectiva y explicar por qué hay una demanda de este nuevo perfil profesional.

Palabras-llave: Salud Colectiva, Sistema Único de Salud, Formación de Recursos Humanos

INTRODUÇÃO

O “direito social à saúde”, inscrito na Constituição Federal de 1988 e no artigo 2º da Lei Orgânica da Saúde de 1990 – “*A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício*” –, é irmão siamês do conceito de “determinação social da saúde e da doença”. artigo 3º da Lei 8080/1990:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

O conceito de determinação social da saúde e da doença tem origem nos estudos da Epidemiologia Social latino-americana da década de 70, que o desenvolveu à luz da teoria marxista da sociedade, e cujas origens podem ser remontadas ao movimento da Medicina Social de 1848. Esta abordagem marxista do conceito exerceu uma influência decisiva na formação do pensamento do campo da Saúde Coletiva e contribuiu decisivamente para a inclusão na Constituição de 1988 do reconhecimento da saúde como um direito de

cidadania e para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).^{1,2}

Na América Latina, este debate é dominado por, pelo menos, três modelos explicativos: a perspectiva, marxista, da Epidemiologia Social latinoamericana, que percebe a saúde e a doença como síntese de múltiplas determinações, a expressar as condições concretas de trabalho e de reprodução da vida de uma classe social; a perspectiva positivista da Epidemiologia Clínica, que toma os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no sentido de “*fatores sócio-econômicos*” que promovem a saúde ou causam a doença; e o enfoque teórico etno-epidemiológico dos “*modos de vida em saúde*”, de Almeida-Filho.^{2,3,4,5}

O método de estudo da Epidemiologia Social, pioneiro, se sustenta nas categorias de *trabalho e reprodução social da vida*, de tal modo que as condições naturais, ambientais e biológicas, aparecem subordinadas ou “filtradas” por essas categorias que fundam e estruturam todo o processo de análise. Portanto, um pressuposto filosófico aí implícito é que as dimensões biológicas e ambientais da vida humana estão “subsumidas” às características de cada sociedade, em seu desenvolvimento histórico.^{1,2,5}

A publicação, em 2008, dos relatórios sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) pela OMS e por diversas comissões nacionais consagrou um modelo analítico em que os determinantes sociais são tomados no sentido de fatores sociais que promovem a saúde ou causam a doença. São tratados, portanto, como “*fatores sócio-econômicos*”, cujos resultados podem ser analisados lado a lado com os efeitos exercidos pelos fatores de ordem

biológica e ambiental. Entre estes modelos, a CNDSS resolveu adotar o de Dahlgren e Whitehead (1991), que dispõe os DSS em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macro-determinantes.^{3,4}

Tal perspectiva simplificadora - determinações sociais expressas como fatores de risco, escolhas inadequadas de estilos de vida etc. - favorece a compreensão, mas “fragmenta a realidade em fatores, presumindo que mantêm sua capacidade explicativa e que estão sempre sujeitos a mudanças”.² “Os determinantes sociais, ao serem convertidos em fatores, perdem sua dimensão de processos sócio-históricos, expressão de formas específicas de relações entre as pessoas e destas com a natureza.”²

Após realizar a crítica ao modelo positivista dos DSS, Almeida-Filho (2004) propôs um enfoque teórico para a elaboração de modelos epidemiológicos de determinação social das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis a partir da articulação de *três circuitos dialéticos* fundamentais para a compreensão do processo saúde–enfermidade–cuidado nas sociedades concretas: o *trabalho*, a *reprodução social* e o *modo de vida*.⁵

Da Epidemiologia Social, Almeida-Filho (2004) mantém a concepção original da *formação econômico social* como expressão concreta do *modo de produção*, destacando o *processo de trabalho* (ciclos de produção econômica) e o *processo de reprodução social* e preserva o papel capital da dinâmica das *classes sociais* e do processo de trabalho propriamente dito como *determinantes das*

condições de vida e, indiretamente, como condicionantes dos estilos de vida.⁵

Entretanto, o autor propõe substituir a clássica abordagem de *fatores de risco* por “*modelos de vulnerabilidade*”, mais sensíveis às especificidades simbólicas e ao caráter interativo da relação entre os sujeitos humanos e seu meio (ambiente, cultural e sócio-histórico). Agora, o conceito de *modo de vida* não implica meramente condutas individuais ante a saúde, mas inclui as *dimensões sócio-históricas*, englobando a dinâmica das *classes sociais* e das *relações sociais de produção*, sempre considerando os *aspectos simbólicos da vida cotidiana* na sociedade.⁵

Neste modelo teórico, o *ciclo da reprodução social* (produção – distribuição - consumo), que já compartilha a interface da produção propriamente dita com o *processo de trabalho*, articula-se aos *ciclos produtivos da vida cotidiana* através do *consumo*. As *formas de produção da vida social*, expressão concreta do modo de vida, também operam uma dinâmica complexa articulada aos *sistemas de signos, significados e práticas*.⁵

O PAPEL DO SANITARISTA

Historicamente, o Sanitarista tem tido um papel fundamental para a compreensão e intervenção nesses determinantes sociais dos processos de saúde-doença-cuidado, tendo que contextualizar a saúde para além do corpo e se referenciar no social em suas generalidades e especificidades, levando em consideração os processos de produção da saúde-doença-cuidado de maneira interdisciplinar e dinâmica.

Embora Sanitarista seja uma ocupação

antiga no Brasil (a Lei 488, de 1948, já menciona médicos sanitaristas e a Lei 3427/58, engenheiro sanitaria) e acessível às mais diversas categorias profissionais, a clássica formação de sanitaria responde apenas parcialmente aos novos desafios do processo de Reforma Sanitária Brasileira, em curso. A construção do SUS, a partir de 1993, passou a demandar inovações diversas (inclusive no âmbito técnico-organizativo e gerencial) e impôs a reconceitualização das práticas da Saúde Pública institucionalizada, a reconfiguração dos processos de trabalho em saúde, do agente-sujeito e, por conseguinte, da formação dos profissionais que atuam neste campo.⁶

Esse profissional vai ao encontro à proposta do SUS, pois a sua formação e atuação permite colaborar como agente promotor da saúde, diagnosticando os problemas e as necessidades em saúde, e ajudando a encontrar soluções para consolidação dos serviços de saúde.

O Brasil tem 5.570 municípios e há uma enorme carência de sanitaristas qualificados para atuar na Promoção e Vigilância da Saúde e na Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sem contar as demandas dos estados e do governo federal. Neste sentido, a nova graduação em Saúde Coletiva implica na antecipação da formação do “sanitaria”, mas também é uma via para a formação do grande contingente de sanitaristas qualificados para o SUS.⁶

Não se justifica, portanto, esperar o tempo requerido para a graduação nos diversos cursos da área da saúde, para depois capacitar os profissionais em Saúde Coletiva. Por melhor que seja o ensino das disciplinas dessa área nos cursos de graduação, as competências adquiridas são limitadas e subalternas ao modelo médico hegemônico que estrutura tais

práticas educativas. Observa-se, portanto, a carência de uma formação interdisciplinar no nível de graduação orientada para a saúde (e não pela doença), capacitando profissionais para atuarem na Promoção da Saúde e não somente na prevenção e no tratamento de doenças.⁷

A carência de profissionais voltados para a Saúde Coletiva incide diretamente sobre a demanda por pessoas formadas para realizar adequadamente a interpretação do processo saúde-doença-cuidado vigente para compor propostas de intervenção com a participação popular, abertas ao controle social, eficientes e eficazes para o planejamento, gestão de processos, organização e avaliação de sistemas e serviços, buscando soluções baseadas na integração de saberes teóricos e práticas e na identificação dos recursos tecnológicos, financeiros e intersetoriais.⁸

Surgimos como sujeito-agente coletivo para atuar nas realidades sanitárias brasileiras, em busca de melhor assistência a saúde da população brasileira, e possuímos uma formação generalista, capaz de atuar em todos os níveis de complexidade do SUS, na gestão de serviços públicos e privados de saúde.

A necessidade de ter o profissional egresso de graduação é muito óbvia e pertinente para a sociedade, uma vez que esse tem formação que perpassa por diversas áreas, principalmente a da saúde, e pretende contribuir para o desenvolvimento social em sua ampla dimensão, com visão interdisciplinar das políticas de saúde do Brasil, cada vez mais referidas à promoção da vida.

Ceccim (2002) aponta a necessidade de

profissionais da saúde pública voltada não somente para as áreas das enfermidades transmissíveis, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental, com vistas a superar a incorporação do estudo dos determinantes e condicionantes em saúde transpondo o conhecimento da administração e planificação de serviços, programas ou políticas.⁸

Os novos sanitaristas, graduados em Saúde Coletiva, são profissionais habilitados para compreender, articular, promover e executar ações na área da saúde baseados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade que norteiam o SUS. Para tanto, nossas práticas e saberes são embasados em conhecimentos que incorporam e articulam fatores sociais, culturais, econômicos, políticos, psicológicos, comportamentais, ambientais, religiosos, ecológicos, espirituais e subjetivos, além de processos formativos necessários para este novo perfil de profissionais de saúde tais como política, financiamento e orçamento, planejamento, gestão, epidemiologia, ciências humanas e sociais.⁸

Concordando com Paim (2009), o Sistema Único de Saúde precisa do graduado em Saúde Coletiva, com perfil profissional que o qualifique como *um ator estratégico* e com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis.⁹

Até 2008, esta formação em Saúde Coletiva vinha ocorrendo basicamente sob duas modalidades: por meio de disciplinas inseridas nos currículos de diversos cursos da área de Saúde e no âmbito da pós-graduação *latu senso* (Atualização, Aperfeiçoamento, Especialização e Residência) e *strictu senso*

(Mestrado e Doutorado). O sanitarista que vem da graduação trilha um caminho diferenciado, generalista.

CONCLUSÃO

Não é fácil construir processos coletivos, participativos e democráticos. Nossa emergência no cenário nacional coloca em novos termos a construção da identidade do Sanitarista. A formação, a carreira, a profissão, os rumos desse novo profissional estão sendo construídos por todos nós, antigos e novos sanitaristas, no presente momento. A discussão está sendo feita de forma nacional buscando-se, entretanto, compreender a peculiaridade de cada estado e/ou região.

A inserção dos profissionais formados em Saúde Coletiva no processo de trabalho no âmbito das instituições de saúde evidencia a constituição de novas relações de complementariedade com as demais profissões do setor saúde, sem prejuízo da especificidade e identidade do campo de atuação de cada profissional.¹⁰

Mas o que nos motiva é o desejo de modificar a realidade. Nossas práticas em saúde tomam como objeto as necessidades de saúde da população e seus determinantes, além de visar à promoção da saúde a fim de obter melhor qualidade de vida e saúde. É com uma base no tripé formado pela epidemiologia, planejamento-gestão e ciências sociais e humanas em saúde que o sanitarista de graduação pretende contribuir para dar novos rumos à história da Saúde Coletiva brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliva López Arellano, José Carlos Escudero, Luz Dary Carmona Moreno. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES.
2. CEBES. Rediscutindo a Questão da Determinação Social da Saúde - Termo de Referência para Seminário do CEBES 2009. Endereço: http://www.cebes.org.br/media/File/Blog/DETERMINANTES%20SOCIAIS_ok.pdf
3. Commission on Social Determinants of Health - Final Report. WHO, 2008.
4. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório da CNDSS, FIOCRUZ, 2008.
5. ALMEIDA-FILHO, Naomar. Modelos de determinação social das doenças crônicas não transmissíveis. Ciênc. saúde coletiva 2004, v. 9, n. 4, pp. 865-884.
6. FGSC/ABRASCO. SANITARISTA GRADUADO: UM ELO QUE FALTAVA NA REDE – Termo de Referência da VI Reunião do Forum de Graduação em Saúde Coletiva da ABRASCO, 2013.
7. PAIM. JS. O objeto e a Prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional? Interface. Comunic, Saúde, Educ, v7, n13, p.167-70, ago 2003.
8. CECCIM, RB. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. Bol. Da Saúde, v. 16, n.1, 2002.
9. PAIM, JS. BOSI, MLM. Graduação em Saúde Coletiva: subsídios para um debate necessário. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(2):236-237, fev, 2009.
10. TEIXEIRA. CF. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. Interface. Comunic, Saúde, Educ, v7, n13, p.163-6, ago 2003.

Artigo apresentado em: 07/09/2013

Artigo aprovado em: 11/10/2013

Artigo publicado no sistema em: 03/11/2013