


SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: PERSPECTIVAS, AÇÕES E DESAFIOS ATUAIS

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.046112427093>

Data de aceite: 02/10/2024

Fabio Araujo Dias

Universidade Federal Fluminense, Niterói,
RJ
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5659-1458>

Eliane Ramos Pereira

Universidade Federal Fluminense, Niterói,
RJ
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6381-3979>

Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva

Universidade Federal Fluminense, Niterói,
RJ
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4310-8711>

Angélica Yolanda Bueno Bejarano Vale de Medeiros

Universidade Federal Fluminense, Niterói,
RJ
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9061-4476>

RESUMO: A Saúde Coletiva é um campo interdisciplinar e multiparadigmático que abrange temas como medicina social, reformas sanitárias e psiquiátricas, o Sistema Único de Saúde (SUS), epidemiologia e educação dos profissionais de saúde. Este trabalho visa fomentar uma discussão crítica sobre a Saúde Coletiva, explorando suas perspectivas e desafios atuais no Brasil. A pesquisa é organizada em três tópicos principais: o campo da Saúde Coletiva no Brasil, o movimento da reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde, e as Perspectivas e desafios atuais em saúde no Brasil. Conclui-se que o objetivo da Saúde Coletiva é promover um entendimento abrangente do fenômeno da vida humana em relação ao processo saúde-doença, buscando alcançar altos níveis de saúde e bem-estar nas populações. Apesar dos avanços, ainda existem numerosos desafios e metas a serem alcançadas na saúde no Brasil, demandando uma reflexão contínua sobre as práticas e políticas implementadas.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Coletiva, Reforma dos Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde (SUS), Educação Profissional em Saúde Pública, Reforma Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva caracteriza-se por ser um campo interdisciplinar (ou transdisciplinar) e multiparadigmático, e, para um entendimento mais amplo deste campo de saberes e práticas no Brasil, é importante a abordagem de temas relacionados, como: medicina social, reforma sanitária, reforma psiquiátrica, Sistema Único de Saúde (SUS), epidemiologia, educação dos profissionais de saúde e ações para a melhoria da saúde (NUNES, 2012; PAIM, et al, 2011; VICTORA, et al, 2011b).

Há um crescimento contínuo na sociedade contemporânea pela busca de cuidado à saúde, ou seja, há um apelo social pela atenção médica e por programas de prevenção e promoção de saúde a indivíduos, grupos e comunidades. Essa busca pode ser vista como uma resposta cultural ao aumento do sofrimento e adoecimento humanos nas últimas décadas, decorrente das condições sociais adversas à vida como, por exemplo, o nível ascendente do estresse advindo das condições socioeconômicas e culturais (LUZ, 2011).

Esta situação de estresse como condicionante do adoecer é característica universal, comum aos trabalhadores, diante da crescente produtividade exigida de cada trabalhador exercendo atividades, sejam elas “materiais” (físicas) ou “imateriais” (técnicas). Conseqüentemente, todo o mal-estar social gerado pela sociedade contemporânea é formulado em termos de “saúde” e, em grande parte, em termos de “saúde coletiva” (LUZ, 2011).

A saúde dos brasileiros tem melhorado a despeito do progresso considerável em alguns aspectos das condições de saúde da população e do sistema de saúde, em contraste com a estagnação ou mesmo deterioração de outros indicadores. Ao longo dos últimos quarenta anos, a expectativa de vida ao nascer aumentou em mais de seis meses, a cada ano. Houve progressos em relação à pobreza e desnutrição infantil, e sobrevida infantil. Ocorreu também declínio da mortalidade materna. Além de progressos em relação às taxas de doenças não transmissíveis - doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares, paralelamente ao declínio da incidência de fumantes (VICTORA et al, 2011b).

Houve declínio das taxas de homicídios e mortes relacionadas ao tráfego. Porém, a taxa de homicídios no Brasil segue sendo várias vezes mais elevada que aquelas observadas nos países vizinhos, como a Argentina, o Chile e o Uruguai (VICTORA et al, 2011b).

Quanto às doenças infecciosas, o Brasil se destaca no controle de doenças preveníveis por imunização e do HIV/AIDS, mas outras enfermidades – como a dengue, em particular – têm sido pouco afetadas pelos esforços de controle. Em contrapartida, há um aumento das taxas de hipertensão, obesidade e diabetes; e doenças neuropsiquiátricas (VICTORA et al, 2011b).

O Brasil está entre os líderes mundiais em termos de desigualdade de renda. Contudo, as lacunas socioeconômicas e regionais referentes a vários indicadores estão sendo diminuídas gradativamente (VICTORA et al, 2011b).

Em 1988, a Constituição brasileira reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do SUS, que se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e participação social. Esse reconhecimento constitucional do direito à saúde só foi possível após longa luta política e graças à atuação do Movimento pela Reforma Sanitária (PAIM et al, 2011).

O SUS aumentou amplamente o acesso aos cuidados de saúde para grande parte da população brasileira, atingindo-se a cobertura universal para a vacinação e a assistência pré-natal; aumentou a conscientização da população sobre o direito à saúde vinculado à cidadania; e investiu na expansão dos recursos humanos e da tecnologia em saúde, incluindo a produção da maior parte dos insumos e produtos farmacêuticos do país (PAIM et al, 2011).

Diante da complexidade do assunto proposto, o presente estudo objetiva fomentar uma discussão necessária, com o intuito de contribuir, mais especificamente, para o campo da Saúde Coletiva, na medida em que visa refletir criticamente sobre este campo de saberes, suas perspectivas e seus desafios atuais. Este trabalho se dividirá em três tópicos principais, que serão abordados a seguir: o campo da Saúde coletiva – construção histórica do campo e contribuições das variadas ciências; o movimento da Reforma Sanitária no Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS) – aspectos históricos, conceituais, políticos e sociais; perspectivas e desafios – as possibilidades e desafios atuais no campo da saúde no Brasil.

OBJETIVO

Refletir sobre as temáticas: Saúde Coletiva, Reforma Sanitária no Brasil, Sistema Único de Saúde (SUS), educação dos profissionais de saúde, ações para melhoria da saúde e sua relação com o campo da Saúde Coletiva.

MATERIAL E MÉTODOS

Gil (2014) define pesquisa como “o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos” (p. 26).

O presente trabalho é caracterizado como pesquisa bibliográfica, que é “desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2014; p. 50). Portanto, as fontes utilizadas são textos acadêmicos, livros, e sites especializados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram desenvolvidas as seguintes temáticas para discussão: (1) O Campo da Saúde Coletiva no Brasil; (2) O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil e o Sistema Único de Saúde; (3) Perspectivas e desafios atuais em saúde no Brasil.

O Campo da Saúde Coletiva no Brasil

A Saúde Coletiva tem sua base/origem na medicina social (Europa – fins do século XIX/ início do século XX; Brasil – década de 1970) que amplia o escopo da atuação da medicina para além do aspecto biológico e considera o médico também como um reformador social. A medicina social engloba fisiologia social, terapia social, patologia social, higiene social; e pode ser definida como o estudo da dinâmica do processo saúde-doença nas populações, que envolve neste processo a estrutura da atenção médica e o sistema social global, tendo como finalidade a obtenção de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações (NUNES, 2012).

A Saúde Coletiva defende o discurso sanitarista: a saúde como sendo de interesse da sociedade que deve defendê-la; as condições sociais e econômicas tendo impacto sobre o processo saúde-doença; a proteção da saúde compondo medidas sociais e médicas (NUNES, 2012).

A Saúde Coletiva é difícil de conceituar, pois não há consenso na definição do campo. Pode-se dizer que este campo se caracteriza por ser interdisciplinar e multiparadigmático, uma vez que engloba produção da medicina preventiva, medicina social, planejamento em saúde, pesquisas epidemiológicas, políticas de saúde, ciências sociais em saúde (NUNES, 2012).

Pode-se notar, a partir do fim dos anos 1970, na América Latina e na Europa, o forte movimento teórico, social e profissional da saúde coletiva. Um novo campo de saberes e práticas interdisciplinares iniciou sua trajetória, indo além da Saúde Pública, pois tematizou não apenas doenças coletivas, mas também políticas públicas, formas inovadoras de atendimento a pessoas e grupos, modos de comportamento, representações sociais e subjetividades de doentes (LUZ, 2011).

Um grupo de disciplinas do campo das ciências sociais e humanas, tais como: Sociologia, Antropologia, Política, História, Psicologia, Filosofia, etc., tem o desafio de estudar sobre a questão da saúde e doença, considerando que este tema remete à vida social contemporânea. Essas disciplinas têm a incumbência de trabalhar as questões relativas à vida humana em seu aspecto relacional grupal, comunitário, coletivo. As disciplinas tradicionais da área da saúde estão ligadas mais diretamente à biologia e/ou à física clássica. Estas disciplinas tradicionais oferecem um olhar puramente natural e técnico sobre a vida, tanto do ponto de vista metodológico como epistemológico, o que as tornam incapazes de abarcar a totalidade do fenômeno da vida humana (LUZ, 2011).

Diante desta limitação metodológica e epistemológica das disciplinas tradicionais da área da saúde, as ciências humanas e sociais vêm sendo solicitadas a trabalhar em regime de cooperação interdisciplinar de forma crescente no campo da saúde, sobretudo na área chamada de “saúde coletiva” (LUZ, 2011).

As ciências sociais e humanas oferecem o benefício de uma visão mais ampla para as biociências e medicina como área de conhecimento e de prática profissional. Em contrapartida, os cientistas sociais obtêm o benefício da ampliação de fronteiras epistemológicas e metodológicas nos seus estudos ao se debruçarem sobre as disciplinas tradicionalmente ligadas à vida e à saúde humanas (LUZ, 2011).

Sendo assim, as ciências sociais têm tido importante papel para instrumentalizar conceitualmente políticas inovadoras de saúde, que consideram a participação, como atores, de pacientes e de coletivos de usuários, ao incorporar categorias das ciências humanas, como as de sujeito, sofrimento e cuidado, na atenção à saúde de pacientes, ou as de democratização, participação, sociedade civil e controle social nas políticas de Estado pela população. Em termos de metodologia, vêm oferecendo instrumentos de pesquisa, como as etnografias, por exemplo, para um campo antes fechado em estudos quantitativos empíricos, operativos ou meramente descritivos, desprovidos das necessárias interpretações em termos sociais e culturais (LUZ, 2011).

No Brasil, a saúde coletiva assume sua estruturação formal nos anos 1970, a partir da saúde pública e medicina social. Em 1978, ocorre a construção da medicina social e psiquiatria. Em 1979, é criada a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) que assume o papel de agente central da reforma sanitária desde o início e atua como representante da comunidade acadêmica da saúde pública em fóruns nacionais e internacionais (NUNES, 2012).

Pode-se destacar no Brasil, no final dos anos 1970, a criação dos cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado) em saúde pública e medicina social, e posteriormente enquadrados no campo das ciências da saúde, com a denominação de Saúde Coletiva (NUNES, 2012).

Nos primeiros anos de 1980, o movimento sanitário assume novos moldes com atividades (congressos, grupos de trabalho, pesquisas, ensino) voltadas para a construção do próprio campo (NUNES, 2012).

Diante das contribuições dos múltiplos saberes das variadas ciências e do movimento histórico da Reforma Sanitária, pode-se concluir que a Saúde Coletiva rompeu com o universalismo naturalista do saber médico, negando o monopólio do discurso biológico, e podendo ser comparada a um mosaico (conjunto formado por partes separadas, mas que se aproximam). O campo da Saúde Coletiva apresenta três grandes espaços e formações disciplinares: (1) ciências sociais e humanas (antropologia, sociologia, economia, política, história, filosofia, ética, estética) - fundamentais para a compreensão dos processos da vida, do trabalho, do adoecimento e da morte, assim como dos cuidados aos doentes e

pacientes e das relações profissionais; (2) epidemiologia – busca entender as causas das doenças em grupos de pessoas; (3) política e o planejamento (NUNES, 2012).

Os que militam no campo da Saúde Coletiva têm ainda o desafio de defender o modelo tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) num viés centrado no usuário, ao invés de um modelo hospitalocêntrico, para tornar cada vez mais realidade a saúde como direito de todos indistintamente e dever do Estado.

Historicamente o movimento da reforma sanitária no Brasil teve papel fundamental na instituição do SUS na Constituição Federal de 1988, com seus princípios e valores. Tanto este movimento como o SUS são temas de estudo da Saúde Coletiva e serão abordados a seguir.

O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil e o Sistema Único de Saúde

O movimento da reforma sanitária no Brasil forneceu as bases para a estruturação da saúde coletiva, criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e reforma psiquiátrica. A reforma sanitária brasileira foi conduzida pela sociedade civil (não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais) (PAIM et al, 2011).

A reforma sanitária brasileira defendeu desde o início que a saúde é uma questão biológica, social e política a ser abordada no espaço público. Tem sua base institucional no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES (1976), e na Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO (1979) (PAIM et al, 2011).

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), desde 1979 – ano da sua criação, tem sido um agente central na reforma sanitária brasileira e no desenvolvimento de capacidades para pesquisa na área da saúde. A ABRASCO tem desempenhado papel importante representando a comunidade acadêmica da saúde pública em fóruns nacionais e internacionais (VICTORA et al, 2011b).

O período de 1964 a 1985 (ditadura militar) caracterizou-se pelo rápido crescimento econômico, aumento da concentração de renda, proteção social inadequada, sistema de saúde fragmentado e escassa participação social em todos os setores, incluindo a saúde. Diante deste contexto, nos anos 1970 e 1980, surgiu um forte movimento social que defendeu a reforma do setor de saúde e foi conduzido pela sociedade civil, postulando a saúde como uma questão biológica, social e política. Este movimento teve oposição do setor privado, mas conquistou uma grande vitória na formulação de um novo sistema de saúde, que foi chamado de Sistema Único de Saúde - SUS. Portanto, com o retorno à democracia e aprovação de uma nova constituição em 1988, institui-se o SUS, tendo como base histórica o movimento da reforma sanitária (PAIM et al, 2011).

Pode-se destacar como iniciativas da reforma sanitária na década de 1990: programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS; controle do tabagismo; criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; o estabelecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar; criação de um modelo de atenção à saúde indígena (PAIM et al, 2011).

Com a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde no Brasil) do Ministério da Saúde, a epidemiologia passa a ser o principal instrumento de apoio ao SUS no estabelecimento de prioridades para a alocação de recursos proporcionando as bases para avaliação de medidas que promovam a qualidade de vida. O uso da epidemiologia fomenta práticas que garantem o aprimoramento das políticas públicas, tendo como fator primordial a intersectorialidade de ações no modo de construir saúde (ROUQUAYROL, 2012).

A epidemiologia pode ser conceituada como a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, tendo a atenção voltada para as ocorrências, em escala maciça, de doenças infecciosas e não-infecciosas, e de agravos envolvendo os coletivos humanos. Portanto, o campo da epidemiologia é o processo saúde-doença (chamado, também, processo saúde-adoecimento) das coletividades (ROUQUAYROL, 2012).

Os objetivos principais da epidemiologia são: (1) descrever a amplitude dos problemas de saúde nas populações humanas; (2) proporcionar dados fundamentais para o estabelecimento de prioridades, para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças; (3) Identificar fatores etiológicos na gênese das enfermidades (ROUQUAYROL, 2012).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde é entendida como “direito universal e fundamental do ser humano”, sendo “direito de todos e dever do Estado”. E considera a saúde como “resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.” (BRASIL, 2009; p. 337).

O SUS tem como princípios: (a) universalidade: saúde como um direito de todo e qualquer cidadão; (b) integralidade: atendimento integral (promoção, proteção e recuperação da saúde) para o ser humano integral (biopsicossocial); (c) equidade: todos os cidadãos têm igualmente direito à saúde, garantido pelo Estado, o que implica em tratamento desigual aos desiguais em prol do acesso igualitário a todos conforme as prioridades; (d) participação social: participação democrática da população na discussão de políticas públicas de saúde, nas ações e no controle da execução dos serviços de saúde (PAIM et al, 2011).

O SUS tem como objetivo prover atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio de gestão descentralizada do sistema de saúde com a participação da comunidade no governo. É financiado pelos recursos públicos advindos de impostos gerais e contribuições sociais específicas. E atua nos três níveis de atenção: (1) Primária/básica, tendo como modelo assistencial a Estratégia de saúde da família (ESF), inicialmente chamado de Programa de Saúde da Família (PSF), que dá ênfase na reorganização das unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades e integrem promoção de saúde e ações preventivas; (2) Secundária: cuidado ambulatorial especializado, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; (3) Terciária: Cuidado hospitalar (PAIM et al, 2011).

A pedra fundamental do SUS é a participação social, que foi institucionalizada pela Constituição de 1988 e, posteriormente, regulamentada pela Legislação dos anos 1990, que estabeleceu conselhos e conferências de saúde nos três níveis de governo: conselho nacional, conselhos estaduais e conselhos municipais de saúde (VICTORA et al, 2011b).

O SUS tem a função de realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar (PAIM et al, 2011).

O SUS é financiado por impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde. O financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público. Como as contribuições sociais têm sido maiores que os recursos advindos de impostos, que são divididos entre os governos federal, estadual e municipal, o SUS tem sido subfinanciado (PAIM et al, 2011).

Vale destacar que foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001, com o propósito de desinstitucionalizar a atenção e reforçar os direitos das pessoas com transtornos mentais, levando à implementação de serviços ambulatoriais, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e de serviços de residência terapêutica (SRT) para egressos de longa internação (PAIM et al, 2011).

Na sua grande maioria, as unidades de atenção básica e as de emergência são públicas, enquanto os hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) são majoritariamente privados (PAIM et al, 2011).

Os que militam no campo da Saúde Coletiva em prol da saúde como direito de todos e dever do Estado, consoante o que estabelece a Constituição Federal de 1988, têm ainda o desafio de reorganizar o modelo tecnoassistencial do SUS tendo como base os princípios da universalidade, integralidade, equidade, resolubilidade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social (SILVA JUNIOR e MASCARENHAS, 2004).

O trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais e usuários em rede podem ampliar o cuidado e fortalecer as redes de apoio social. O modelo de atenção usuário-centrado no campo da formação de profissionais de saúde assegura plena atenção às necessidades das pessoas. Este modelo é uma opção ético-política a ser adotada por profissionais de saúde, professores, estudantes, gestores e usuários (SILVA JUNIOR, PONTE e HENRIQUES, 2006).

A implantação do SUS e os progressos sociais alcançados desde a década de 1990 trouxeram grandes conquistas ao Brasil, tais como: (a) melhoria do acesso à atenção básica e de emergência; (b) melhoria nas condições de saúde, determinantes sociais, e expectativa de vida da população; (c) descentralização do sistema de saúde; (d) cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal; (e) declínio da mortalidade materna; (f) progressos em relação à pobreza e desnutrição infantil e sobrevida infantil; (g) melhorias nas taxas de doenças não transmissíveis, doenças respiratórias crônicas

e cardiovasculares, paralelamente ao declínio da incidência de fumantes; (h) melhorias nas taxas de doenças infecciosas; (i) Controle de doenças preventivas por imunização e do HIV/AIDS; (j) esforço para fabricar produtos farmacêuticos essenciais; (k) redução nas internações desnecessárias; (l) utilização da epidemiologia (que estuda o processo saúde-doença nas coletividades humanas) como principal instrumento de apoio para o estabelecimento de prioridades, planejamento, execução e avaliação das ações em saúde; (m) aprovação da lei da reforma psiquiátrica em 2001, que tem como propostas desinstitucionalizar a atenção, reforçar os direitos das pessoas com transtornos mentais, e implementar serviços ambulatoriais (CAPS – centro de atenção psicossocial, e SERT – serviços de residência terapêutica) (PAIM et al, 2011; VICTORA et al, 2011a; VICTORA et al, 2011b; BARRETO et al, 2011; SCHMIDT et al, 2011).

O SUS ainda está em construção e é política de Estado, o que perpassa políticas de governo ou partidárias. Apesar dos avanços, ainda há grandes desafios, tais como: políticos, que não podem ser resolvidos na esfera técnica e demandam esforços do governo, dos indivíduos e da sociedade; reforma de sua estrutura de financiamento para assegurar a universalidade, igualdade e sustentabilidade a longo prazo; renegociação dos papéis público e privado; adequação do modelo de atenção para atender as rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país; promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes; garantir sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica; controle da dengue; melhoria nas taxas de hipertensão, obesidade e diabetes; melhoria no atendimento das doenças neuropsiquiátricas; redução da alta frequência de cesarianas (por serem mais convenientes para os médicos), abortos ilegais e nascimento pré-termo; alcançar as populações de mais difícil acesso, em áreas rurais, nas regiões Norte e Nordeste e nos municípios sem médicos (PAIM et al, 2011; VICTORA et al, 2011a; VICTORA et al, 2011b; BARRETO et al, 2011; SCHMIDT et al, 2011).

Paim et al (2011) apresentam diversos desafios futuros do SUS: reforma de sua estrutura de financiamento para assegurar a universalidade, igualdade e sustentabilidade no longo prazo; renegociação dos papéis público e privado; adequação do modelo de atenção para atender às rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país; promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes.

Em última análise, os desafios enfrentados pelo SUS são políticos, pois não podem ser resolvidos na esfera técnica; só poderão ser solucionados com os esforços conjuntos dos indivíduos e da sociedade (PAIM et al, 2011).

Já foram citados alguns desafios no âmbito da saúde, sobretudo no SUS. E, por se tratar de um assunto de grande importância para o campo da Saúde Coletiva na atualidade, serão abordadas algumas perspectivas possíveis e desafios atuais em saúde no Brasil.

Perspectivas e desafios atuais em saúde no Brasil

Neste tópico, serão abordados os seguintes temas: perspectivas que podem ser adotadas na educação dos profissionais de saúde, os desafios existentes em saúde no Brasil, e propostas para melhoria da saúde no país.

Um tema fundamental relacionado à saúde coletiva, esta enquanto campo de saberes e práticas, é a educação dos profissionais de saúde. Pode-se resumir historicamente a educação dos profissionais de saúde no quadro seguinte:

Décadas	Perspectivas históricas na educação em saúde
1960	Dicotomização da atenção de saúde - assistência e prevenção; Saúde – Perspectiva fragmentada do ser humano – focada no biológico – doença física a ser tratada ou evitada; Experiência médico-paciente – normativa, sem acolhimento às pessoas; médico como dono do saber científico.
1970	Saúde comunitária – saúde dos indivíduos com a dimensão da vida em sociedade. Destaque à atenção primária: farmácia de rua, enfermagem comunitária e apoio à enfermagem caseira; medicina geral comunitária e apoio à medicina tradicional e odontologia na comunidade. As noções de humanização e integralidade saem fortalecidas nesse ensino, mas como práticas pertencentes a uma dada instância específica no desenho da atenção e não como componentes do perfil profissional de quem se forma na área da saúde.
1980	A humanização e a integralidade seguiram fora do eixo estrutural da formação, conquistando um lugar de experimentação marginal.
1990	Programa UNI – universidade em integração com a comunidade – proposta: multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, integração ensino-serviço com a inclusão da população usuária dos serviços de saúde. Movimentos de medicina preventiva, social e comunitária.

Quadro 1 – Perspectivas históricas na educação dos profissionais de saúde

Fonte: Ceccim e Capozzolo (2004).

Diante deste quadro, constitui-se um desafio a formação dos profissionais de saúde segundo os princípios da integralidade e da humanização nos saberes e práticas de saúde, e uma formação voltada para o trabalho em equipe multiprofissional, com a centralidade assegurada aos usuários e às suas necessidades no sistema de saúde (CECCIM e CAPOZZOLO, 2004).

Considerando essas diferentes perspectivas históricas na educação em saúde, pode-se destacar atualmente a existência de duas ênfases distintas na educação dos profissionais de saúde: Perspectiva científico-sanitária e Perspectiva das humanidades, conforme o quadro a seguir:

Perspectiva científico-sanitária	Perspectiva das humanidades
<ul style="list-style-type: none"> - fragmentação dos saberes e atos profissionais; - racionalidade cognitivo-instrumental; - ênfase no aspecto normativo; - práticas medicalizadas; - exclusão das subjetividades (corpo-máquina biológico); - tecnificação do lidar com a vida; - terapêutica medicamentosa e intervencionista; - privilégio ao uso de aparelhos e medicamentos – tecnologia dura; - saber totalizante do médico; - atenção centrada em procedimentos; - estímulo da dependência do usuário em relação aos profissionais e/ou serviços de saúde; - visão mecanicista, biologicista e rotinizada; - alienação da finalidade do trabalho (organização parcelar do trabalho, trabalho de maneira prescritiva e isolada, burocratização, corporativismo e falta de responsabilização pelo objetivo final das intervenções). 	<ul style="list-style-type: none"> - defende a integralidade e humanização na saúde; - enfatiza o campo afetivo, inclui as artes, subjetividades e a sensibilidade dos encontros humanos; - a clínica é concebida como resistência (à sujeição, à dependência ou à heteronomia dos usuários) e criação (como potência inventiva de cenários produtores de saúde); - a prática dos profissionais de saúde é voltada para a afirmação da vida (autopoiesis da existência); - há responsabilização dos profissionais pela cura a partir de um atendimento integral; - há incentivo à autonomia dos usuários; - cada ser humano é visto como singular em sua complexidade biológica, social, cultural, histórica, psicológica, intelectual, etc.

Quadro 2 – Perspectivas na educação dos profissionais de saúde

Fonte: Ceccim e Capozzolo (2004).

Diante destas perspectivas atuais na educação dos profissionais de saúde, alguns desafios são postos para promover uma formação afinada com os princípios do SUS e da saúde coletiva na perspectiva das humanidades:

Desafios para a formação dos profissionais de saúde	
Palavras-chave	Desafios
Integralidade e humanização	Formação dos profissionais de saúde segundo os princípios da integralidade e da humanização nos saberes e práticas de saúde
Trabalho centrado nos usuários	Trabalho em equipe multiprofissional centrada nos usuários e suas necessidades
Equipe cuidadora	Equipe multiprofissional cuidadora e interdisciplinar
Clínica – tecnologia leve	Clínica como condição de cuidado/escuta/acolhimento/ tratamento com ênfase nas relações (encontro) entre profissionais (ou serviços) e usuários - tecnologia leve
Autonomia	Dedicação ao desenvolvimento da autonomia dos usuários
Sensibilidade	Sensibilidade às dimensões do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida
Afirmação da vida	Política da afirmação da vida, contrária à medicalização da vida, à flexnerização (polarização médico-paciente), à falta de troca, interação e abertura de novos processos vitais
Trabalho matricial	Construção matricial do trabalho em equipe
Usuário – centro ético	Usuário como centro ético das práticas em saúde
Aproximação – singularidades	Aproximação das singularidades do usuário na produção de saúde
Afastamento – corporativismo	afastamento da atenção centrada em procedimento, normas, protocolos, rotinizações, racionalidades corporativas das profissões

Quadro 3 – Desafios para a formação dos profissionais de saúde

Fonte: Ceccim e Capozzolo (2004).

Considerando a abrangência e a complexidade dos desafios relacionados à saúde pública no Brasil, as ações sugeridas para melhoria da saúde envolvem diversos setores:

Ações para melhoria da saúde	
Governo	reforçar a política do SUS, e expandir atividades e investimentos nas condições de saúde da população, na assistência à saúde, nos cuidados primários à saúde, na regulação, responsabilização e qualidade do cuidado, nos recursos humanos, nas pesquisas, nas ações intersetoriais, na redução de desigualdades, na melhoria das políticas e dos programas relacionados aos determinantes sociais
Trabalhadores de saúde	engajamento e participação no processo de construção e melhoria do SUS
Setor privado	reconhecer seu papel social em fornecer serviços na parceria com o SUS e assegurar tratamento igual aos pacientes do SUS e pacientes privados
Universidades, instituições de formação, conselhos de saúde e pesquisadores	compromisso com o SUS na qualificação dos profissionais, na realização de pesquisas para a melhoria da saúde
Sociedade civil	renovar seu engajamento e apoio ao movimento da reforma sanitária, SUS e ESF; exercer o papel crítico e construtivo na consolidação do SUS; denunciar os maus tratos, acesso limitado e pagamentos indevidos

Quadro 4 – Ações para melhoria da saúde

Fonte: Victora et al. (2011b)

Diante de todo este contexto, pode-se dizer que grandes desafios ainda permanecem: redução da exclusão social; ampliação e consolidação de serviços de atenção básica, disponibilizados pela Estratégia de Saúde da Família; melhorar o acesso aos demais níveis de atenção – secundários e terciários (VICTORA et al, 2011b).

Urge também melhorar a qualidade da atenção em diversos aspectos, tais como: a incidência de infecções adquiridas nos serviços de saúde (um problema de grande magnitude, pois muitos hospitais contam com programas de controle de infecção hospitalar mal estruturados e que não priorizam a vigilância); o uso indevido da tecnologia nas decisões médicas (o Brasil tem uma das taxas mais altas de cesariana do mundo); a reduzida proporção de serviços submetidos a processos de acreditação (apesar da introdução do processo no país desde os anos 1990); e a baixa continuidade da atenção prestada aos pacientes (VICTORA et al, 2011b).

Outro desafio é reduzir a dependência de tecnologias de saúde importadas. Para tanto, faz-se necessário o investimento do Brasil em capacitação científica a fim de permitir uma forte base para o estabelecimento de parcerias público-privadas com empresários nacionais (VICTORA et al, 2011b).

A reforma sanitária e a criação do SUS foram parte de um amplo movimento destinado a mitigar a exclusão social, integrando iniciativas de diferentes setores – saúde, educação, renda e outros. Governo, setor privado, acadêmicos, trabalhadores de saúde e sociedade civil estão profundamente interconectados e que uma ação coordenada por parte da sociedade se faz necessária (VICTORA et al, 2011b).

As disparidades sociais e econômicas continuam inaceitavelmente altas. A administração de um sistema público de saúde, complexo e descentralizado – em que uma grande parte dos serviços é contratada ao setor privado –, e a atuação vigorosa de várias seguradoras privadas de saúde acarretam, inevitavelmente, conflitos e contradições (VICTORA et al, 2011b).

O desafio é, em última análise, político e requer o engajamento ativo e contínuo da sociedade, na perspectiva de assegurar o direito à saúde para toda a população brasileira (VICTORA et al, 2011b).

No âmbito da educação e práticas em saúde, são importantes a educação dos profissionais de saúde e a promoção de uma prática em saúde pautadas na responsabilização, consciência e engajamento com a finalidade do trabalho e atendimento integral (CECCIM e CAPOZZOLO, 2004).

Uma prática de saúde resolutiva requer dos profissionais alta competência técnico-científica, bem como compromisso e permeabilidade nos aspectos relacionais. Requer, portanto, uma combinação de tecnologias de dimensões materiais e imateriais, tecnologias duras, leve-duras e leves, em que a disponibilidade de equipamentos e exames ao apoio diagnóstico e terapêutico seja tão importante quanto o acolhimento, uma sensível escuta e criação de potência de vida no caminho indicado para a cura. O território das tecnologias leves, das relações, do encontro, da micropolítica, é o lugar estratégico de mudanças no modo de produzir saúde. (CECCIM e CAPOZZOLO, 2004).

Franco e Merhy (2013), quanto às tecnologias (conhecimentos aplicados) do trabalho em saúde, classificam-nas em três tipos, a saber: (a) *duras* – representadas pelas máquinas e instrumentos; (b) *leve-duras* – as que se inscrevem no conhecimento técnico estruturado; e (c) *leves* – as que só existem no ato produtivo relacional entre trabalhador e usuário.

Pode-se propor como desafios no campo da atenção à saúde: construção matricial do trabalho em equipe; tornar o usuário como centro ético das práticas em saúde; aproximação das singularidades do usuário na produção de saúde; afastamento da atenção centrada em procedimentos, orientada pelas racionalidades corporativas das profissões (CECCIM e CAPOZZOLO, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho objetivou abordar a saúde coletiva como um campo interdisciplinar (ou transdisciplinar) e multiparadigmático, e, para um entendimento mais amplo deste campo de saberes e práticas no Brasil, alguns temas relacionados foram citados: medicina social, reforma sanitária, reforma psiquiátrica, Sistema Único de Saúde (SUS), epidemiologia, educação dos profissionais de saúde e ações para a melhoria da saúde.

No aspecto histórico, para a constituição do campo da Saúde Coletiva, pode-se perceber a importância da medicina social (Europa – séc XIX/XX; Brasil – década de 1970) que incluiu a dimensão social na medicina, considerando o médico como um reformador social. Em suma, a saúde coletiva tende a defender o discurso sanitarista, que preconiza: a saúde como sendo de interesse da sociedade que deve defendê-la; as condições sociais e econômicas tendo impacto sobre o processo saúde-doença; a proteção da saúde compondo medidas sociais e médicas.

No Brasil, a saúde coletiva assumiu sua estruturação formal nos anos 1970, a partir da saúde pública e medicina social. Em 1979, é criada a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) que assumiu o papel de agente central da reforma sanitária desde o início e atua como representante da comunidade acadêmica da saúde pública em fóruns nacionais e internacionais.

O movimento da reforma sanitária no Brasil forneceu as bases para a estruturação da saúde coletiva, criação do SUS e reforma psiquiátrica. O período de 1964 a 1985 (ditadura militar) caracterizou-se pelo rápido crescimento econômico, aumento da concentração de renda, proteção social inadequada, sistema de saúde fragmentado e escassa participação social em todos os setores, incluindo a saúde. Diante deste contexto, nos anos 1970 e 1980, surgiu um forte movimento social que defendeu a reforma do setor de saúde e foi conduzido pela sociedade civil, postulando a saúde como uma questão biológica, social e política. Este movimento teve oposição do setor privado, mas conquistou uma grande vitória na formulação de um novo sistema de saúde, que foi chamado de Sistema Único de Saúde - SUS. Portanto, com o retorno à democracia e aprovação de uma nova constituição em 1988, instituiu-se o SUS, tendo como base histórica o movimento da reforma sanitária.

O SUS, criado em 1988 na constituição federal brasileira (CF), considera a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, tendo como princípios: (a) universalidade - saúde como um direito de todo e qualquer cidadão; (b) integralidade - atendimento integral (promoção, proteção e recuperação da saúde) para o ser humano integral (biopsicossocial); (c) equidade - todos os cidadãos têm igualmente direito à saúde, garantido pelo Estado, o que implica em tratamento desigual aos desiguais em prol do acesso igualitário a todos conforme as prioridades; (d) participação social - participação democrática da população na discussão de políticas públicas de saúde, nas ações e no controle da execução dos serviços de saúde.

O SUS tem como objetivo prover atenção abrangente e universal, preventiva e curativa, por meio de gestão descentralizada do sistema de saúde com a participação da comunidade no governo. É financiado pelos recursos públicos advindos de impostos gerais e contribuições sociais específicas. E atua nos três níveis de atenção: (1) primária/básica, tendo como modelo assistencial a Estratégia de Saúde da Família (ESF), inicialmente chamado de Programa de Saúde da Família (PSF), que dá ênfase na reorganização das unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades e integrem promoção de saúde e ações preventivas; (2) secundária - cuidado ambulatorial especializado, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; (3) terciária - cuidado hospitalar.

O SUS compreende a saúde em articulação aos determinantes sociais como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais. A implantação do SUS e os progressos sociais alcançados desde a década de 1990 trouxeram grandes conquistas ao Brasil, tais como: (a) melhoria do acesso à atenção básica e de emergência; (b) melhoria nas condições de saúde, determinantes sociais, e expectativa de vida da população; (c) descentralização do sistema de saúde; (d) cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal; (f) declínio da mortalidade materna; (g) progressos em relação à pobreza e desnutrição infantil e sobrevida infantil; (h) melhorias nas taxas de doenças não transmissíveis, doenças respiratórias crônicas e cardiovasculares, paralelamente ao declínio da incidência de fumantes; (i) melhorias nas taxas de doenças infecciosas; (j) controle de doenças preventivas por imunização e do HIV/AIDS; (k) esforço para fabricar produtos farmacêuticos essenciais; (l) redução nas internações desnecessárias.

O SUS utiliza a epidemiologia (que estuda o processo saúde-doença nas coletividades humanas) como principal instrumento de apoio para o estabelecimento de prioridades, planejamento, execução e avaliação das ações em saúde.

Outra grande conquista foi a aprovação da lei da reforma psiquiátrica em 2001, que tem como propostas: a) desinstitucionalizar a atenção; b) reforçar os direitos das pessoas com transtornos mentais; c) implementar serviços ambulatoriais (CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, e SERT – Serviços de Residência Terapêutica).

O SUS ainda está em construção e é política de Estado, o que perpassa políticas de governo ou partidárias. Apesar dos avanços, ainda há grandes desafios, tais como: políticos, que não podem ser resolvidos na esfera técnica e demandam esforços do governo, dos indivíduos e da sociedade; reforma de sua estrutura de financiamento para assegurar a universalidade, igualdade e sustentabilidade a longo prazo; renegociação dos papéis público e privado; adequação do modelo de atenção para atender as rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas do país; promoção da qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes; garantir sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica; controle da dengue; melhoria nas taxas de hipertensão, obesidade e diabetes; melhoria no atendimento das doenças neuropsiquiátricas; redução da alta frequência de cesarianas (por serem mais convenientes para os médicos), abortos ilegais e nascimento pré-termo; alcançar as populações de mais difícil acesso, em áreas rurais, nas regiões Norte e Nordeste e nos municípios sem médicos.

Outro tema fundamental relacionado à saúde coletiva, esta enquanto campo de saberes e práticas, é a educação dos profissionais de saúde. Pode-se destacar atualmente a existência de duas ênfases distintas na educação dos profissionais de saúde: Perspectiva científico-sanitária e Perspectiva das humanidades. Defende-se a perspectiva das humanidades para a formação dos profissionais de saúde em prol de um atendimento integral humanizado, tendo como base alguns conceitos fundamentais: integralidade, acolhimento, cuidado em saúde, vínculo-responsabilização, qualidade de atenção, escuta, modelo tecnoassistencial usuário centrado, tecnologia leve.

Considerando a abrangência e a complexidade dos desafios relacionados à saúde pública no Brasil, as ações sugeridas para melhoria da saúde envolvem diversos setores: (1) governo (reforçar a política do SUS, e expandir atividades e investimentos nas condições de saúde da população, na assistência à saúde, nos cuidados primários à saúde, na regulação, responsabilização e qualidade do cuidado, nos recursos humanos, nas pesquisas, nas ações intersetoriais, na redução de desigualdades, na melhoria das políticas e dos programas relacionados aos determinantes sociais); (2) trabalhadores de saúde (engajamento e participação no processo de construção e melhoria do SUS); (3) setor privado (reconhecer seu papel social em fornecer serviços na parceria com o SUS e assegurar tratamento igual aos pacientes do SUS e pacientes privados); (4) universidades, instituições de formação, conselhos de saúde e pesquisadores (compromisso com o SUS na qualificação dos profissionais, na realização de pesquisas para a melhoria da saúde); (5) sociedade civil (renovar seu engajamento e apoio ao movimento da reforma sanitária, SUS e Estratégia Saúde da Família; exercer o papel crítico e construtivo na consolidação do SUS; denunciar os maus tratos, acesso limitado e pagamentos indevidos).

Diante do exposto, a saúde coletiva, como campo transdisciplinar, empenha-se no estudo dos temas abordados acima e considera as contribuições das diversas ciências – biológicas, sociais, humanas – rompendo com o universalismo naturalista do saber médico tradicional e negando o monopólio de qualquer discurso. Com isso, objetiva o entendimento mais amplo possível do fenômeno da vida humana relacionado ao processo saúde-doença e a obtenção dos maiores níveis alcançáveis de saúde e bem-estar das populações.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M.L. et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. In: VICTORA, C.G. et al (orgs). **Saúde no Brasil**. Série The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2011, p. 97 – 119.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CECCIM, R.; CAPOZZOLO, A.A. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, J.J. et al. (orgs). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2004, p. 346-390.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

LUZ, M.T. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das ciências sociais e humanas para a saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, vol. 20, n. 1, 2011, p. 22 – 31.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 17 – 37.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: VICTORA C.G. et al (orgs). **Saúde no Brasil**. Série The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2011, p. 11 – 31.

ROUQUAYROL, M.Z. Contribuição da Epidemiologia. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 343 – 398.

SCHMIDT, M.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. In: VICTORA, C.G. et al. (orgs). **Saúde no Brasil**. Série The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2011, p. 121 – 145.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. HUCITEC-ABRASCO. São Paulo – Rio de Janeiro, 2004, p. 243 – 259.

SILVA JUNIOR, A.G.; PONTE, A.L.M; HENRIQUES, R.L.M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na Integralidade. In: PINHEIRO, R. et al. (orgs). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006, p. 93 -110.

VICTORA, C.G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. In: VICTORA, C.G. et al. (orgs). **Saúde no Brasil**. Série The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2011a, p. 71 – 95.

VICTORA, C.G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde: o caminho a percorrer. In: VICTORA, C.G. et al. (orgs). **Saúde no Brasil**. Série The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2011b, p. 175 – 195.