

O objeto e a prática da Saúde Coletiva

o campo demanda um novo profissional?

Jairnilson Silva Paim

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PAIM, JS. O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional. In: *Desafios para a saúde coletiva no século XXI* [online]. Salvador: EDUFBA, 2006, pp. 99-116. ISBN 978-85-232-1177-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional?¹

Introdução

A sociologia das profissões contempla um elenco variado de questões relacionadas ao Estado, sociedade, associações e instituições, relações entre base cognitiva e mercado de trabalho, as arenas conflituosas, entre outras. Assim, diversas perguntas surgem, contemporaneamente, no âmbito dessa disciplina: *quais os critérios sociológicos que definem uma profissão? O que diferencia uma profissão de uma semiprofissão? Há um processo crescente de profissionalização da sociedade? Ou vivemos a era da desprofissionalização de corporações poderosas, como a medicina, advocacia e a engenharia?* (MACHADO, 1995, p. 13).

Nessa literatura sociológica, tem-se identificado dois atributos para a definição de uma profissão: a configuração de um corpo de conhecimentos e a orientação para um ideal de serviços. Portanto, a existência de uma profissão passa pela identificação de um conjunto de *habilidades e conhecimentos* (competências) referentes a um segmento do saber e por um *elenco de valores* que fornece identidade cultural para a ação de sujeitos. E entre os fatores que colaboram na emergência de um novo campo profissional podem ser destacados o avanço do conhecimento científico, o progresso tecnológico, a identificação de problemas que interferem no desenvolvimento da sociedade, os mercados de bens e serviços, as políticas públicas e a estrutura do complexo de organizações prestadoras de serviços.

No Brasil, três ofícios de nível superior serviram de base para a profissionalização universitária: a Engenharia Civil, na área das

¹Texto elaborado como subsídio para a discussão de grupos no I Seminário e Oficina de Trabalho “Graduação em Saúde Coletiva: Pertinência e Possibilidades”, organizado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) com o apoio de Ministério da Saúde. Salvador, 5 e 6 de setembro de 2002.

ciências exatas; a Medicina na área das ciências biológicas; e a Advocacia, na área das ciências humanas. No caso da Medicina, posteriormente identificada como componente das “ciências da saúde”, voltava-se efetivamente para “a ciência e a arte” de conhecer as doenças e cuidar dos doentes, individualmente, dela derivando outros cursos de graduação tais como Farmácia, Odontologia, Enfermagem etc. Tais profissões, no entanto, voltavam-se para controlar episódios de doenças nos indivíduos e por força do prestígio da profissão médica, a extensão de conceitos tradicionais centrados na relação médico/paciente foi determinante para que a gestão universitária visualizasse o estudo e as soluções para os problemas do conjunto de indivíduos como uma extensão do objeto da Medicina e suas profissões derivadas (PADILHA, 1997, p. 1).

O modelo biomédico tornou-se hegemônico no século XX, sobretudo diante das proposições do Relatório Flexner, influenciando, ainda, a partir da Johns Hopkins University, a formação de sanitaristas (Fee, 1987) como apenas uma das especializações possíveis para os graduados das “ciências da saúde”. Portanto, o modelo médico hegemônico (MMH) não se desenvolveu por acaso nem devido a proposições técnicas de um determinado relatório. Resultou de escolhas políticas, orgânicas aos interesses de um complexo médico-industrial que então se formava a partir dos Estados Unidos.

Já a Saúde Coletiva, enquanto campo do saber e âmbito de práticas, teve o seu desenvolvimento histórico na América Latina durante as três últimas décadas a partir da crítica ao MMH, aos movimentos ideológicos referentes à Higiene, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária, Medicina da Família, bem como em relação à saúde pública institucionalizada (DONNÂNGELO, 1983; PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000). Encontra-se, presentemente, em condições de maturidade teórica, metodológica e operativa suficientes para enumerar competências e articular valores que permitam a constituição de novos sujeitos sociais comprometidos com a defesa da vida e a saúde do público.

Nas discussões sobre a chamada crise da saúde pública e na busca de novos paradigmas promovidas pela Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde, Academia de Medicina dos Estados Unidos e Associação de Educação em Saúde Pública da América Latina e do Caribe (ALAESp) têm sido agregadas novas idéias e reflexões sobre este campo do saber (PAHO, 1992). Nesse particular, destaca-se o reconhecimento de que Saúde Pública e Saúde Coletiva não constituem especialidade médica (BELISÁRIO, 1995). Ainda que componham a área da saúde, suas interseções são cada vez

comunicação social e marketing, pedagogia, direito, ecologia etc. Daí a recomendação da I Conferência Pan-Americana de Educação em Saúde Pública para que as instituições formadoras desse pessoal de saúde passassem por um processo de “independização” das faculdades de medicina, estabelecendo redes com outras unidades acadêmicas que possibilitassem a interdisciplinaridade ou a transdisciplinaridade (ALAES, 1994).

O objetivo do presente texto é discutir o objeto e a prática da Saúde Coletiva analisando, no contexto brasileiro, a pertinência da formação de um novo profissional no âmbito da graduação.

Movimentos ideológicos contemporâneos: promoção da saúde e funções essenciais da saúde pública (FESP)

No final do século XX dois grandes movimentos ideológicos no campo social da saúde foram apoiados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPS): promoção da saúde e funções essenciais de saúde pública (FESP).

A promoção da saúde, inicialmente considerada um dos objetivos da saúde pública ou um dos níveis de prevenção, adquiriu proeminência quando o Ministério da Saúde do Canadá apresentou o Relatório Lalonde em 1974, baseado na noção de “campo da saúde”, composto por quatro pólos: biologia humana, meio-ambiente, sistema de saúde, estilo de vida. Posteriormente, a divulgação da Carta de Ottawa (1986) estabeleceu um conceito amplo de saúde e seus determinantes, sistematizando proposições centradas na mudança dos estilos de vida e na defesa de políticas públicas saudáveis. O conceito e as estratégias da Promoção da Saúde foram endossados por organismos internacionais sendo lançado o Projeto Cidades Saudáveis em 1986 pela OMS (TEIXEIRA, 2002).²

Enquanto na Região das Américas a OPS debatia a crise da saúde pública (PAHO, 1992), a OMS promoveu a discussão de propostas internacionais em torno da “Nova Saúde Pública” e das chamadas **Funções Essenciais de Saúde Pública** (PAIM, 2001). Nessa perspectiva, a OPS organizou um Grupo de Trabalho sobre *Reforma Setorial e Funções Essenciais de Saúde Pública: Implicações para a Educação em Saúde Pública*. Este grupo reuniu-se em Washington no período 29 de junho a 1 de julho de 1998, com o propósito iniciar a identificação das implicações para a educação, investigação

e intervenção em saúde pública que se derivam dos processos de reforma do setor saúde e da definição das funções essenciais de saúde pública. Nessa oportunidade, foram identificadas as seguintes “práticas sociais” vinculadas às FESP:

- a) Construção de “entornos” saudáveis e melhoramento das condições de vida;
- b) Desenvolvimento e fortalecimento de uma cultura da vida e da saúde;
- c) Geração de inteligência em saúde;
- d) Atenção às necessidades e demandas em saúde;
- e) Garantia da segurança e qualidade de bens e serviços relacionados à saúde;
- f) *Intervenção sobre riscos e danos coletivos à saúde.*

Desdobramentos desse trabalho ocorreram na II Conferência Pan-Americana de Educação em Saúde Pública já em 1998 no México (OPS/OMS, 2000) e na reunião da ALAESP, em Cuba, no ano 2000 (OPS/ALAESP, 2001). No Brasil, diversos especialistas foram convidados pelo Ministério da Saúde em 2002 para a medição do desempenho das FESP, a partir da utilização de um guia elaborado pela OPS/OMS e o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC). Nessa oportunidade, foram avaliadas as seguintes FESP:

- a) Monitoramento, avaliação e análise da situação de saúde;
- b) Vigilância de saúde pública, investigação e controle de riscos e danos em saúde pública;
- c) Promoção da saúde;
- d) Participação dos cidadãos em saúde;
- e) Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em saúde pública;
- f) Fortalecimento da capacidade institucional de regulamentação e fiscalização em saúde pública;
- g) Avaliação e promoção do acesso eqüitativo aos serviços de saúde necessários;
- h) Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública;
- i) Garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos;
- j) Pesquisa em saúde pública;
- k) *Redução do impacto de emergências e desastres em saúde* (OPS/OMS/CDC, s/d).

Não obstante as reservas críticas que podem ser feitas a tal movimento ideológico, à formalização dessas funções (PAIM, 2001) e ao respectivo processo de medição, a referência às FESP, no momento em que se discute a formação de um novo profissional de saúde coletiva, pode servir de contraponto em relação às competências a serem identificadas para a graduação e a pós-graduação. Essa via pode ser explorada desde que não se perca de vista todo o trabalho teórico e epistemológico desenvolvido no Brasil para a delimitação do campo da Saúde Coletiva.

O objeto e a prática da saúde coletiva

A elaboração teórica sobre *práticas de saúde*, como componente da prática social (DONNÂNGELO, 1976), possibilita pensar a especificidade das *práticas de saúde coletiva* nos seus momentos constituintes: objeto, meios de trabalho, trabalho propriamente dito, agentes e relações técnicas e sociais (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Tomar como referência as *práticas de saúde* para a elaboração de um projeto educativo implica considerar essas dimensões objetivas do trabalho no âmbito da Saúde Coletiva. Este enfoque, além de propiciar uma aproximação do ensino ao mundo do trabalho e, conseqüentemente, aos *serviços de saúde*, propicia uma reflexão crítica sobre os modelos de atenção em distintas conjunturas a partir da análise das relações sociais que permeiam tais práticas, bem como das representações sociais dos agentes sobre a situação de saúde e sua inserção nas instituições.

A saúde pública, enquanto campo de saber e de intervenção sobre a situação de saúde, traz desde a sua emergência alguns elementos relativamente persistentes: *atuação sobre o coletivo*, ainda que insuficientemente conceitualizado, e *aproximação ao Estado*. Com base nesses dois elementos podem-se considerar tantas visões de saúde pública quantas sejam as concepções sobre o coletivo/social e sobre a natureza e os modos de intervenção do Estado em cada formação social (PAIM, 2002).

As diferentes perspectivas doutrinárias que perpassam a saúde pública são frutos da variação dessas visões, presentes em diversos movimentos de reforma em saúde, inclusive no que diz respeito ao recente movimento das *Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP)*. No Brasil, o convívio contraditório desses movimentos desde a década de 1970 possibilitou a redefinição da saúde pública na Saúde Coletiva, campo aberto a novos paradigmas (PAIM & ALMEIDA FILHO, 2000).

Este campo do saber e âmbito de práticas confronta-se com o modelo médico hegemônico. Daí o permanente questionamento sobre o campo: *qual a crise da saúde pública? O que é Saúde Coletiva? Quem é o sanitarista? Qual o trabalho do sanitarista? Qual(is) a(s) prática(s) do trabalhador em saúde coletiva? Quais as funções do sanitarista e que práticas pode exercer nos serviços de saúde e na ação intersetorial? De que habilidades, conhecimentos e valores tal profissional deve dispor diante de situações de saúde que se modificam e de organizações de serviços que se redefinem?* (PAIM, 2002).

Nesse sentido, a reconceitualização do objeto das práticas de saúde coletiva e a reflexão epistemológica sobre o conceito de saúde impõem a redefinição dos meios de trabalho e das atividades, bem como a reconfiguração do agente-sujeito. Do mesmo modo, na medida em que um determinado contexto favoreça a instalação de novas relações técnicas e sociais sob as quais é realizado o trabalho desses sujeitos-agentes, cabe repensar a formação de novos sujeitos-agentes.

Admitindo-se que uma *prática*, enquanto processo de trabalho, é constituída por três componentes básicos - objeto, instrumentos de trabalho e atividades, pode-se analisar a *prática em saúde coletiva* desenvolvendo-se uma reflexão sobre a natureza e especificidade de cada um dos seus componentes (SCHRAIBER, 1990; MENDES-GONÇALVES, 1994).

Se o *objeto* for reconhecido como necessidades sociais de saúde, e não apenas como problemas de saúde (riscos, agravos, doenças e mortes), impõe-se uma análise dessas necessidades e seus determinantes. Para se proceder a uma aproximação a esse objeto, manipulá-lo e/ou transformá-lo são necessárias tecnologias ou *meios de trabalho*. Esses instrumentos de trabalho precisam dar conta do caráter “coletivo” do objeto, tanto na sua apreensão quanto na sua transformação.

As necessidades de saúde não se esgotam na demanda, nas “necessidades sentidas”, nas “necessidades médicas”, nas “necessidades de serviços de saúde”, ou nas doenças, carências, riscos e sofrimentos (PAIM, 1980). Contudo, mesmo se as necessidades sociais de saúde forem reduzidas a problemas de saúde em populações, o *saber epidemiológico*, e não a clínica, representaria o meio de trabalho fundamental para a sua apreensão e, parcialmente, para a sua explicação.

No entanto, se as necessidades sociais não forem redutíveis a problemas de saúde, mas envolverem as condições necessárias para o gozo da saúde (inclusive os determinantes socioambientais), os instrumentos de trabalho para

apreensão do objeto seriam provenientes de outros saberes: antropologia, sociologia, economia, política, ecologia etc. O caráter abrangente do objeto e, especialmente, a compreensão ampla sobre os determinantes sociais e ambientais dos problemas de saúde indicam que os *serviços de saúde*, entendidos também como meios de trabalho, seriam insuficientes para transformar tal objeto. As tecnologias empregadas no âmbito dos serviços para o diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças, ainda que eventualmente eficazes no plano individual (clínica), podem ser ineficazes em relação às necessidades sociais de saúde (PAIM, 1996). Do mesmo modo, as “ferramentas” do trabalhador em saúde coletiva devem ser orgânicas ao caráter coletivo e socialmente determinado do objeto.

A contribuição das ciências humanas, da filosofia e da arte na definição dessas necessidades permitiria trazer a idéia de *projeto* porquanto o trabalho humano que justifica o atendimento de uma necessidade supõe, previamente, a visualização de uma finalidade (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 1996). O conceito de *necessidade radical* (HELLER, 1986), ao tempo em que fornece elementos para uma teoria de necessidades em saúde, estimula pensar a idéia de projeto ou “ideais de saúde”, sobretudo quando se buscam modelos de atenção voltados para a qualidade de vida.

Nessa perspectiva, as necessidades podem ser entendidas não apenas como carências ou problemas de saúde (doenças, agravos e riscos), mas como projetos que expressem uma *necessidade radical*: aquilo de que um ser precisa para permanecer sendo um ser. Ou nas palavras de Mendes-Gonçalves (1992, p. 19): “aquilo que precisa ‘necessariamente’ ser satisfeito para que um ser continue sendo um ser”. Assim, a defesa da saúde, do ambiente, da vida e da sua qualidade, bem como o gozo estético, o produzir para viver, o lazer, a arte, enfim, passam a integrar projetos que presentemente se constroem sob rótulos diversos tais como promoção da saúde, cidades saudáveis, políticas públicas saudáveis etc.

Conseqüentemente, a reconceitualização das necessidades sociais de saúde, imposta mais pela realidade do que por uma opção de reflexão teórica, aponta para a pertinência de estruturar conhecimentos e habilidades que conformem competências profissionais organicamente vinculadas às exigências de novos tempos.

No que se refere ao *trabalho propriamente dito* desse agente, o fato de voltar-se para um conjunto de práticas estruturadas sobre o coletivo impele-o a exercer funções de *direção do processo coletivo de trabalho* (planejamen-

to, programação, controle e avaliação) como forma de viabilizar a intervenção estruturada para atender a tais necessidades. Portanto, suas atividades envolvem uma *dimensão epidemiológica e social* dos meios de trabalho que incide na apreensão das necessidades de saúde e na seleção de tecnologias para atendê-las e uma *dimensão organizacional/gerencial* que visa à apreensão dos problemas dos serviços de saúde e das organizações, bem como a adoção de procedimentos que interferem na factibilidade e na viabilidade do trabalho coletivo em saúde. Daí o tripé da Saúde Coletiva estar assentado na Epidemiologia, na Planificação & Gestão e nas Ciências Sociais em Saúde.

A realização dessas atividades e a utilização desses meios de trabalho conferem uma dupla-face do profissional em saúde coletiva: *técnico de necessidades de saúde e gerente de processos de trabalho em saúde ou de produção de serviços*. Ao tempo em que precisa identificar, descrever e explicar a ocorrência de necessidades, produzindo informações para o estabelecimento de prioridades, deve selecionar técnicas e modos de intervenção para enfrentá-las e, também, gerenciar um conjunto de trabalhos cujos produtos (ou serviços) ocasionam resultados (impactos) sobre a saúde da coletividade (PAIM, 2002).

O trabalho em saúde coletiva, além das dimensões técnica, econômica, política e ideológica, envolve um *componente ético essencial vinculado à emancipação dos seres humanos*. Não se trata de um trabalho qualquer, mas de um conjunto de atividades eticamente comprometido com o seu objeto - as necessidades sociais de saúde. Este trabalho, portanto, é integralmente permeado por *valores de solidariedade, equidade, justiça e democracia*.

Assim, para a compreensão do *trabalho* do profissional de saúde coletiva não basta o reconhecimento de que são distintos os processos que utilizam a clínica ou a epidemiologia e a gestão. Ao recorrer a *tecnologias centradas no coletivo* e ao exercer funções de direção, planejamento, supervisão e controle sobre um conjunto de práticas de saúde, esse profissional precisa dominar conhecimentos e habilidades específicas não redutíveis às ciências biológicas ou da saúde. De um modo mais simplificado e resumido, pode-se reconhecer tal profissional como um “técnico de necessidades sociais de saúde” e um “gerente de processos coletivos de trabalho em saúde”, voltados para a realização de ações de vigilância, planificação, gestão, controle, avaliação, além de intervenções sociais organizadas dirigidas à promoção, proteção, comunicação e educação em saúde (PAIM, 2002).

Análise preliminar do contexto

No caso brasileiro, a exigência de um novo profissional de saúde coletiva no momento se faz mais contundente do que a discussão de movimentos ideológicos ou de novos marcos conceituais. Desde o início da implantação da Reforma Sanitária, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem havido um esforço de qualificação de recursos humanos nos níveis de aperfeiçoamento, especialização e pós-graduação senso estrito em Saúde Coletiva.

A política de descentralização da saúde, impulsionada por instrumentos normativos (NOB/SUS 01/93, NOB/SUS 01/96 e NOAS/SUS 01/2001) e sustentada pela expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), vem requerendo pessoal com formação em Saúde Coletiva. Desse processo geral resulta, entre outras consequências, uma profunda redefinição das funções e competências dos vários níveis de governo do SUS. A implementação de novos modelo assistenciais, buscando privilegiar a intervenção sobre determinantes da situação de saúde, grupos de risco e danos específicos vinculados às condições de vida, deverá racionalizar a atenção médico-ambulatorial e hospitalar de acordo com o perfil das necessidades e demandas da população e expandir a ação intersectorial em saúde (TEIXEIRA, 2002)³.

As parcerias desenvolvidas entre as instituições formadoras, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde têm possibilitado a qualificação de milhares de profissionais e trabalhadores de saúde coletiva, quase em caráter de urgência, para dar conta das necessidades mais imediatas dos serviços de saúde, em curto tempo. Entretanto, mesmo os Pólos de Capacitação em Saúde da Família não têm conseguido atender toda a demanda por qualificação. Os esforços iniciais de educação a distância realizados pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), entre outras, também não têm garantido a satisfação das carências de formação de agentes para todo o país nas áreas de vigilância sanitária, saúde ambiental, vigilância epidemiológica, gestão de sistemas de serviços de saúde, planejamento, programação etc.

Enfim, estamos diante de um processo talvez único no mundo em que um país com 170 milhões de habitantes, com oito milhões e quinhentos mil Km² e cinco grandes regiões com características das mais diversas, decide implantar um sistema de saúde descentralizado, abrangendo mais de 5.500 municípios

e que, em menos de dez anos, consegue envolver cerca de 99% desses entes federativos na gestão municipal da saúde, com a coordenação de 26 unidades da Federação.

Cabe lembrar que, no campo da saúde, o profissional que se envolve com problemas coletivos que afligem as comunidades tem sido denominado e reconhecido como *sanitarista* ou *salubrista*. Ainda que tal denominação possa ser redefinida diante da crise da saúde pública institucionalizada e da emergência de novos paradigmas a partir da construção do campo da Saúde Coletiva, algumas convergências, diálogos e identidades produzidos pelas escolas de saúde pública e institutos de saúde coletiva e assemelhados no Brasil podem apontar para um perfil geral desse profissional: seu conhecimento das doenças, agravos, riscos e determinantes se volta para os aspectos que, de forma coletiva, facilitam ou obstaculizam sua ocorrência ou seu progresso, reservando o atendimento personalizado aos doentes para os tradicionalmente graduados para atendê-los. Portanto, a sua formação prescinde, até certo ponto, dos conhecimentos clínicos e terapêuticos específicos, requeridos dos profissionais voltados para o atendimento de cada indivíduo isoladamente. Sua habilitação, entretanto, o capacita a cooperar com os demais profissionais em situações particulares, desde que devida e oportunamente treinados para a tarefa (PADILHA, 1997).

O contexto acima descrito está a exigir, portanto, uma massa crítica de *profissionais com uma formação básica em saúde coletiva* contemplando a epidemiologia, as ciências sociais em saúde e a planificação em gestão, além dos *núcleos temáticos* correspondentes à saúde ambiental e ocupacional, vigilância em saúde, educação e comunicação social em saúde, direito sanitário, economia da saúde, entre outros⁴.

Esta demanda tende a se apresentar de forma mais expressiva na medida em que os esforços pela mudança do modelo assistencial hegemônico se intensifiquem nos próximos anos e décadas. Nessa perspectiva, inscreve-se a expansão da *estratégia de saúde da família*, posto que o PSF alcançou recentemente a implantação de 15 mil equipes equivalendo a uma cobertura de 50 milhões de brasileiros. Outros modelos de atenção, progressivamente propostos e experimentados, com ênfase na promoção e proteção da saúde como a *vigilância da saúde*, as *ações programáticas de saúde* desenvolvidas no nível local, *municípios saudáveis* etc., exigirão recursos humanos com formação em Saúde Coletiva capazes de apoiar a implementação de estratégias voltadas para a diretriz da integralidade das ações de saúde e para o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais.

O processo de produção de trabalhadores em saúde coletiva

No Brasil, a formação de recursos humanos em saúde pública teve início em 1925, através do Curso de Higiene e Saúde Pública voltado para a formação de médicos-sanitaristas. Desde então a formação e a utilização desse agente tem sofrido inflexões relacionadas com o desenvolvimento das políticas públicas e com as formas de estruturação das práticas de saúde. Desse modo, o especialista em saúde pública passa a ter uma composição multiprofissional, exibindo no desenvolvimento histórico dos modelos tecno-assistenciais, inúmeras faces: *campanhista, desenvolvimentista, racionalizadora/modernizante, médico-social, generalista e gerencial* (BELISÁRIO, 1995).

Com a emergência da Saúde Coletiva, a produção de especialistas foi submetida à hegemonia da pós-graduação *sensu estrito*, importada do modelo norte-americano de escola de saúde pública que reforça o “modo escolar”, dissociando o trabalho do estudo (PAIM, 1985). O seu desenvolvimento mais recente comporta tipos menos homogêneos de formação como certos programas de residência multiprofissional, mestrados profissionalizantes e algumas experiências de cursos de atualização e de especialização desenvolvidas por instituições acadêmicas de Saúde Coletiva e apoiadas pelo Ministério da Saúde e representação da OPAS.

Novas estratégias de formação de pessoal de nível superior na área de Saúde Coletiva têm sido experimentadas buscando a aproximação com os serviços de saúde, embora insuficientes para superar o “modo escolar”. Entretanto, na medida em que o “objeto de ensino” se constitua efetivamente como *sujeito que trabalha*, novas relações de ensino poderão ser instauradas, redefinindo o “modo escolar” de produção desses sujeitos. O seu potencial instituinte deveria, portanto, ser estimulado considerando os distintos projetos em disputa nas instituições concretas e conjunturas específicas visando a reorganização do sistema de saúde.

O desenvolvimento teórico-conceitual, metodológico e operativo da Saúde Coletiva no Brasil nos últimos trinta anos, e o florescimento das ciências sociais e humanas no campo da saúde, particularmente da Economia, da Administração, da Antropologia, da Sociologia, da Psicossociologia, ao lado da Epidemiologia e das Ciências da Informação e da Comunicação tornaram patente não apenas a independência da produção de bens e serviços de saúde com relação aos conhecimentos de base oferecidos pelas referidas

graduações tradicionais, mas também o grave desvio de função experimentado pelos profissionais com tais graduações ao inserir-se na produção de serviços de saúde, sempre e quando as exigências se voltam para o atendimento das coletividades (PADILHA, 1997, p. 2).

Consequentemente, o espectro de atuação do profissional de saúde coletiva é o de descrever, explicar e prognosticar o comportamento das doenças nas coletividades, manejar os meios e modos para prevenção, controle, eliminação ou erradicação de doenças ou agravos e participar dos esforços para a proteção e promoção da saúde das comunidades, visando a melhoria das condições de saúde das populações. A formação de um profissional com tal perfil no nível da graduação requer a aquisição de conhecimentos e habilidades provenientes da Epidemiologia, da Política de Saúde, do Planejamento & Gestão (incluindo gerência de sistemas, estabelecimentos, rede de unidades, linhas de produção e processos de trabalho), da Economia, da Informação, da Comunicação e da Educação, entre outras.

Por que formar os agentes da saúde coletiva na graduação?

Evidentemente, há um número incalculável de comunidades no país desatendidas no que se refere às ações possíveis de serem realizadas por um profissional com tal perfil, o que dá uma idéia da demanda não atendida e, conseqüentemente, da possibilidade de expansão dessas ações. Essa desatenção pode ser explicada em parte pela adesão das autoridades sanitárias do país ao modelo médico hegemônico de matriz flexneriana, cuja organização de serviços centra-se na assistência médico-hospitalar. Os esforços empreendidos por alguns dirigentes nos últimos anos com vistas à reorientação do modelo de atenção precisam ser respaldados pela formação ampliada de profissionais de saúde coletiva que operem no cotidiano dos serviços os desafios dessa transformação.

De acordo com a perspectiva de certas correntes teórico-conceituais da sociologia das profissões, um processo de profissionalização pode envolver os seguintes passos:

- 1) O trabalho torna-se uma ocupação de tempo integral;
- 2) Criam-se escolas de modo que a transmissão de conhecimentos é feita de modo sistematizado para os aspirantes, por pares experientes;

- 3) Forma-se a associação profissional, quando se definem os perfis profissionais que fornecerão identidade ao grupo;
- 4) A profissão é regulamentada;
- 5) Adota-se um código de ética e estabelecem-se normas e regras profissionais. (MACHADO, 1995, p. 19)

É possível inferir que já se encontram concretizados muitos desses passos no que diz respeito ao profissional da saúde coletiva no Brasil. Apenas a formação tem-se restringido à pós-graduação e a profissão não foi regulamentada, nem tampouco estabelecido o seu código de ética. Esses passos, caso necessários, poderão ser cogitados à medida que a formação desse profissional e a sua inserção no mercado de trabalho ganhem apoios para a construção da sua viabilidade.

Por conseguinte, não é possível nem desejável que todo o contingente desses profissionais seja formado através da pós-graduação (*lato e estrito senso*). Então por que apostar na formação em Saúde Coletiva no nível da graduação, articulando o mundo do ensino ao mundo do trabalho?

Em primeiro lugar porque não se justifica, racionalmente, esperar seis anos de curso médico, cinco de odontologia e psicologia, quatro de enfermagem, nutrição, assistente social etc. para depois capacitar esses profissionais na área da Saúde Coletiva. Por melhor que tenha sido o ensino das disciplinas dessa área nos cursos de graduação, as competências adquiridas são limitadas além de subalternas ao modelo médico hegemônico que estrutura as práticas educativas nas instituições de ensino. A graduação em Saúde Coletiva encurta o tempo de formação profissional, pois promove uma economia substancial, dispensando um gasto extraordinário com o ensino de disciplinas que não trazem qualquer contribuição para o formato profissional desejado. Do mesmo modo, a sua articulação com o trabalho em serviço, desde o primeiro ano da graduação, poderia dispensar grande parte da carga horária consumida pelos programas de residência quando buscam o treinamento em serviço no sentido de oferecer “experiência prática” para médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos e assistentes sociais que não a obtiveram nas suas respectivas graduações.

Em segundo lugar, a formação pós-graduada limitou expressivamente a produção desse especialista. Assim, a relação custo-benefício da formação de tais profissionais exclusivamente na pós-graduação é menos favorável do que a alcançada com o preparo de um profissional de saúde coletiva no

período de três anos, com a possibilidade de uma habilitação específica em mais um ano. Nesse caso, a pós-graduação será, efetivamente, a realização de uma especialização e uma qualificação avançada e não um curso básico para a formação em massa do pessoal necessário ao desenvolvimento das práticas de saúde coletiva no SUS ou uma estratégia de correção de deficiências acumuladas na graduação.

Em terceiro lugar, porque o SUS, a descentralização e a expansão da estratégia de saúde da família, vigilância da saúde e a ação intersetorial em saúde têm pressa para reorientar o modelo assistencial dominante. Não é defensável confinar o profissional de saúde coletiva nas unidades de administração central de órgãos públicos (Ministério e Secretarias estaduais e municipais de saúde) quando a reorganização das práticas de saúde nos sistemas locais, nas unidades de saúde e até nas equipes de saúde da família requer habilidades e competências em Saúde Coletiva. Manter o desempenho do especialista na administração central ou regional (com a exceção da histórica experiência da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo nos anos 1970), pode resultar em um transtorno duplamente perverso: de um lado, privar os estabelecimentos de saúde desse profissional qualificado e, por outro, forçar uma relação profissional distorcida em que as ações propostas pelos especialistas do nível central passam a ser realizadas por profissionais não habilitados para a tarefa (PADILHA, 1997).

Há mais de dez anos tem-se cogitado formar o profissional da saúde coletiva no âmbito da graduação. Professores de escolas de saúde pública brasileira e de institutos e núcleos de Saúde Coletiva têm defendido essa idéia em reuniões públicas⁵. Do mesmo modo, a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) do Ministério da Saúde tem manifestado interesse em apoiar os esforços para a implementação de um projeto dessa natureza.

Portanto, já é tempo de superar o dilema de desencadear o processo de formação desse profissional: indica-se ao mercado de trabalho quais os avanços tecnológicos de que se dispõe para enfrentar os problemas associados ao desenvolvimento da sociedade ou prudentemente, mantém-se a estrutura vigente de tecnologias para atender a demanda convencional? Com a primeira opção, corre-se o risco de empregar recursos para criar um contingente de trabalhadores que o mercado não absorve; com a segunda, o risco é o de privar o mercado de avanços que favorecem a eficiência dos procedimentos e a eficácia dos serviços e bens a serem consumidos pela população (PADILHA,

112 1997). No entanto, é possível identificar, presentemente, sinais do mercado

de trabalho apontando para a possibilidades de emprego de pessoal com tal formação. Caberia às universidades prestarem atenção para tal sinalização e prepararem pessoal para suprir o mercado de trabalho com esses recursos humanos.

Responder à situação analisada e aos desafios postos pela agenda não esgotada da Reforma Sanitária Brasileira significa formular um *projeto de graduação em Saúde Coletiva* adequado e consistente, sustentado por instituições formadoras reconhecidamente competentes e comprometidas com o pleno desenvolvimento do SUS democrático. Ainda no período de elaboração, deve-se atender a necessidade da conquista de uma clientela institucional, demonstrando a validade desta argumentação e a inevitabilidade de um desdobramento profissional desta natureza, em função do progresso científico e tecnológico; essa conquista é particularmente importante e deve ser dirigida a responsáveis por órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde, inclusive porque induz a firmar convênios e acordos da Universidade com instituições públicas e privadas, vinculadas às três instâncias do SUS que propiciem financiamentos para a realização de um programa que lhes seja eventualmente proposto (PADILHA, 1997, p. 5).

A partir da constituição desses novos sujeitos da Saúde Coletiva, a sociedade brasileira poderá promover a adoção de novos modelos de atenção mais efetivos, humanizados e igualitários. O alargamento do debate⁶ entre docentes, técnicos, autoridades e estudiosos dos problemas do setor saúde para as instâncias de controle social do SUS, da mídia, o Congresso Nacional e da sociedade em geral, criará melhores oportunidades de promover uma mudança substancial na situação atual.

Notas

² No Brasil, a promoção da saúde cada vez mais se vincula ao campo da Saúde Coletiva, integra-se à noção de vigilância da saúde e estimula, presentemente, a formulação de políticas no interior do Ministério da Saúde, além de ampliar o âmbito de discussão nos Congressos da ABRASCO e em eventos específicos.

³ Outras iniciativas, no contexto de programas estratégicos do Governo Federal nos últimos anos como *Brasil em Ação* e *Avança Brasil*, têm contemplado a problemática intersetorial da promoção da saúde, particularmente no que se refere a saneamento, desenvolvimento urbano, emprego e renda, ação social, educação e meio-ambiente. No momento [que momento?], os programas dos candidatos à Presidência da República apontam também para a ação intersetorial,

contemplando intervenções que abrangem, simultaneamente, emprego, segurança pública, saúde, educação, cultura, entre outros.

⁴ Se, na pior das hipóteses, cada município precisar de um mínimo de quatro novos profissionais com tal formação, 22.000 agentes deveriam estar formados de início para que um modelo assistencial comprometido com o princípio da integralidade da atenção, tal como estabelece a Constituição da República e as Leis Orgânicas da Saúde e reiteram as recomendações das Conferências Nacionais de Saúde, pudesse ser implantado e desenvolvido com qualidade, efetividade e humanização. Trata-se, portanto, de uma estimativa minimalista. Estudos mais consistentes poderão indicar demandas bem maiores num futuro breve que poderiam ser atendidas pelas universidades públicas, inclusive através de cursos noturnos.

⁵ Ver, por exemplo, Paulo Buss (FIOCRUZ-ENSP), José Maria Pacheco (FSP-USP), Roberto Medronho (UFRJ), Lígia Maria Vieira da Silva (ISC-UFBA), entre outros. No caso do ISC-UFBA tal proposta vem sendo amadurecida desde a sua criação, sendo o Prof. Naomar de Almeida Filho, atual Reitor da UFBA, um dos entusiastas. Mais recentemente, a Universidade Federal do Rio de Janeiro formulou projeto nessa direção, tendo o compromisso do Reitor Prof. Carlos Lessa para a sua implantação. O Governo do Rio Grande do Sul deu início no ano passado à graduação em saúde coletiva com ênfase na gestão em saúde.

⁶ No presente Seminário, algumas perguntas poderiam provocar tal discussão: 1) Que atributos definiriam um profissional de saúde coletiva? 2) Em que medida o trabalho em Saúde Coletiva pode configurar um campo profissional? 3) Quais razões justificariam a exclusividade da formação em Saúde Coletiva no nível de pós-graduação? 4) Que vantagens poderiam ser enumeradas para que a formação do profissional em saúde coletiva pudesse ser realizada com *terminalidade* na graduação, ainda que complementada pela pós-graduação (especialização, residência, mestrado e doutorado)? 5) Que competências e habilidades deveriam compor o currículo da graduação em Saúde Coletiva? 6) Que elenco de disciplinas e conteúdos programáticos mínimos deveria constituir o plano de estudos da graduação em Saúde Coletiva? 7) A formação em saúde coletiva na graduação exigiria a regulamentação de uma nova profissão no Brasil?

Referências

- ALAESP I. Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública. XVI Conferencia de ALAESP. *Informe Final*. Rio de Janeiro, agosto de 1994.
- BELISÁRIO, S. A. As múltiplas faces do médico-sanitarista. In: MACHADO, M. H. (Org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,, 1995
- DONNÂNGELO, M. C. F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- DONNÂNGELO, M. C. F. A pesquisa na área da Saúde Coletiva no Brasil – a década de 70. In: ABRASCO. *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1983.
- FEE, E. *Disease and Discovery*. A history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health; 1916-1939. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1987.
- HELLER, A. *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Ediciones Península, 1986.
- MACHADO, M. H (Org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR – Textos, 1).
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização das práticas de saúde*. Características tecnológicas do processo de trabalho da rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- OPS/OMS. *Desafios para la educación en Salud Pública*. La reforma sectorial y las funciones esenciales de Salud Pública. Washington, D.C.: OPS, 2000.
- OPS/OMS/ALAESP. *Educación en Salud Pública*. Nuevas perspectivas para las Américas. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, 2001.
- OPS/OMS/CDC. *Medição do desempenho das funções essenciais de Saúde Pública*. Guia para a aplicação do instrumento do desempenho das funções essenciais de Saúde Pública. Washington: Organización Panamericana de la Salud, s/d.
- PAHO. The crisis of Public Health: reflections for the debate. *Scientific Publication*, Washington. n. 540, 1992.
- PADILHA, H. *Saúde Pública: campo para profissionalizar em nível de graduação?* (Texto elaborado para discutir o tema no ISC/UFBA). Salvador, agosto de 1997.
- PAIM, J. S. As ambigüidades da noção de necessidades de saúde. *Planejamento*, Salvador, v. 8, n. 1/2, p. 19-46, 1980.
- PAIM, J. S. A formação de recursos humanos em Saúde Coletiva. *Rev. Bras. Educ. Médica*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 88-94, 1985.
- PAIM, J. S. A situação de saúde no Brasil e os modelos assistenciais. In: SBPC. 4ª Reunião Especial da SBPC - “Semi-árido: no terceiro milênio, ainda um desafio”. XI Jornada Universitária da UEFS. 24 a 28 de novembro de 1996. Feira de Santana, Bahia. *Anais*, 1996.
- PAIM, J. S. Transición paradigmática y desarrollo curricular en salud pública. In: OPS/OMS/ALAESP. *Educación en Salud Pública*. Nuevas perspectivas para las Américas. Washington, D.C. 2001.

PAIM, J. S. *Saúde Política e Reforma Sanitária*. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

PAIM, J.S. & ALMEIDA FILHO, N. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador-Bahia: Casa da Qualidade Editora, 2000. 125p.

SCHRAIBER, L. B. (Org.) *Programação em saúde, hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SCHRAIBER, L. & MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES (Org.). *Saúde do Adulto*. Programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

TEIXEIRA, C. (Org.). *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: CEPS-ISC. 2002.